

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉA MARIA CARNEIRO LOBO SOCUDO

DA PATOLOGIZAÇÃO DOS AFETOS À MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA:
ASPECTOS DO DISCURSO MÉDICO-CIENTÍFICO SOBRE MEDICAMENTOS
ANTIDEPRESSIVOS NO BRASIL: 1959-1991

CURITIBA

2015

ANDRÉA MARIA CARNEIRO LOBO SOCUDO

DA PATOLOGIZAÇÃO DOS AFETOS À MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA:
ASPECTOS DO DISCURSO MÉDICO-CIENTÍFICO SOBRE MEDICAMENTOS
ANTIDEPRESSIVOS NO BRASIL: 1959-1991

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de “Doutor em História”. Linha de Pesquisa: Espaço e Sociabilidades.

Orientador: Prof. Doutor. José R. Braga Portella.

CURITIBA

2015

Catálogo na publicação
Mariluci Zanela – CRB 9/1233
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Socudo, Andréa Maria Carneiro Lobo

Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1991 / Andréa Maria Carneiro Lobo Socudo – Curitiba, 2015.
308 f.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Braga Portella

Tese (Doutorado em História) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

1. Psiquiatria – Brasil – História. 2. Antidepressivos. 3. Depressão
mental. 4. Psicofarmacologia - Brasil. I. Título.

CDD 615.78



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Rua Gal. Carneiro, 460, 7º andar, sala 716, fone/fax + 55 (41) 3360-5086,
80.060-150, Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: cpghis@ufpr.br **Website:** www.poshistoria.ufpr.br

PARECER DA BANCA EXAMINADORA

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná (PPGHIS/UFPR) para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **ANDREA MARIA CARNEIRO LOBO SOCUDO** intitulada: **Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1991**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação, completando-se assim todos os requisitos previstos nas normas desta Instituição para a obtenção do Grau de **Doutor em História**.

Curitiba, seis de março de dois mil e quinze.

Prof. Dr. José Roberto Braga Portella (Orientador)
Presidente da Banca Examinadora

Profa Dra Ana Teresa Acatauassú Venâncio (COC/FIOCRUZ)
1º Examinador

Profa Dra Yonissa Marmitt Wadi (UNIOESTE)
2º Examinador

Prof. Dr. André de Macedo Duarte (UFPR)
3º Examinador

Profa Dra Ana Maria de Oliveira Burmester (UFPR-Aposentada)
4º Examinador

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, professor Doutor José Roberto Braga Portella, por ter acolhido esse projeto, acreditando nele desde o início. Pelo apoio, sabedoria, dedicação, confiança e disposição com que sempre me orientou.

Aos professores da Linha de Pesquisa Espaço e Sociabilidades, por acolherem essa pesquisa.

À CAPES, cujo auxílio financeiro foi fundamental para a disponibilidade de tempo e dedicação necessárias à pesquisa, produção de texto e sua divulgação em eventos científicos.

Ao Ricardo, ao meu filho Ivan e à minha mãe Arlete, pela compreensão e carinho nesses quatro anos de pesquisa.

Às pesquisadoras Yonissa Marmitt Wadi, Ana Venancio, Cristiane Facchinetti e Sandra Caponi, com as quais tive a oportunidade de dialogar sobre a pesquisa em história da psiquiatria no Brasil.

Aos meus queridos amigos, por me incentivarem e compartilharem suas opiniões comigo.

Aos meus alunos, pela inspiração constante.

Aos que acreditam que a vida, em toda a sua
potência, pressupõe a tristeza.

Eis aqui, portanto, o homem fora do nosso povo, fora da nossa humanidade. Ele está continuamente faminto, nada lhe pertence a não ser o instante, o prolongado instante de tortura... Ele sempre tem apenas uma coisa: seu sofrimento, mas não existe nada na face da terra que lhe possa servir de remédio, não há chão para ele colocar seus dois pés, não há apoio onde suas duas mãos se possam agarrar, e, assim, ele é menos aquinhado do que o trapezista de *music-hall*, que pelo menos está pendurado por um fio. (Franz Kafka)

RESUMO

O presente estudo aborda fatores associados às origens e à afirmação de determinado discurso no interior do meio psiquiátrico brasileiro, associado à pesquisa e à administração de psicofármacos, notadamente antidepressivos e ansiolíticos, como parte da estratégia de medicalização da depressão. Ampara-se na análise de artigos científicos publicados em revistas médicas nacionais entre o final da década de 1950 e o início da década de 1990 destacando a consonância desse pensamento para com pesquisas internacionais em psicofarmacologia bem como a concepção de uma origem química para as afecções mentais. Problematisa o fato de esse discurso conceber manifestações de sofrimento psíquico - as “noxias emotivas” – como sinais de futuras “afecções mentais” passíveis de serem tratadas quimicamente, relacionando essa tendência à história da institucionalização da psiquiatria no Brasil e reiterando a influência da psiquiatria biológica, da teoria da degeneração e da noção de higiene mental advinda da eugenia. Destaca a ampliação da ingerência psiquiátrica para além das instituições e dos indivíduos considerados afetados mentalmente, debatendo ainda como esse discurso manifesta uma concepção de ciência enquanto equacionadora do sofrimento psíquico, propiciando, pela via psicofarmacológica, a “quimioterapia das emoções”. Finaliza argumentando o caráter simbólico que os medicamentos psicoativos adquirem em uma economia industrial e de mercado.

Palavras-chave: História – Psiquiatria – Brasil – Psicofarmacologia - Depressão

ABSTRACT

The study examines factors associated to the origins and the assertion a specific discourse within of Brazilian psychiatry , associated with research and administration of psychotropic drugs, especially antidepressants and anxiolytic drugs, as part of a strategy medicalization of depression. Supports on an analysis of scientific articles published in national medical journals between the late 1950s and the early 1990s highlighting your relation with international researchs in psychopharmacology and the with concept of chemical origin for the mental disorders . Questions the fact this speech conceive manifestations of psychological distress - "noxias emotional" - as future signs of "mental disorders" which could be chemically treated, relating this trend with institutionalization of psychiatry in Brazil and reiterating the influence of biological psychiatry , the theory of degeneration and the notion of mental hygiene of eugenics. Highlights the expansion of psychiatric power for beyond institutions and individuals considered mentally affected, still debating how this discourse expresses a conception of science as equacionadora of psychological distress, providing through for the psychopharmacology, the "chemotherapy of emotions." Ends arguing the symbolic character that psychoactive drugs has in an industrial and market economy.

Key-words: History – Psychiatry – Brazil – Psychopharmacology -Depression

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ELECANTOL	152
FIGURA 2 – NEURILAN	156
FIGURA 3 – MEDISEDAN E NEURINASE	158
FIGURA 4 – BELACODID	158
FIGURA 5 – NEVROSTENIL	161
FIGURA 6 – DINISTENILE	163
FIGURA 7 – APARELHO DE ECT	167
FIGURA 8 – ANATENSOL	195
FIGURA 9 – DIAZEPAM	196
FIGURA 10 – PROZAC	245
FIGURA 11 – NARDIL	254
FIGURA 12 – DOMINAL	257

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – A APROPRIAÇÃO DA MELANCOLIA PELA PSIQUIATRIA	40
1 MELANCOLIA: DE DISTIMIA À AFECÇÃO MENTAL	41
1.1 DA DISTIMIA À ATARAXIA	41
1.2 A TRADIÇÃO HIPOCRÁTICO-GALÊNICA: MELANCOLIA, ENTRE OS HUMORES E OS ESPÍRITOS ANIMAIS	47
1.3 ARISTÓTELES: A RELAÇÃO ENTRE MELANCOLIA E GENIALIDADE	54
1.4 DO RISO À LOUCURA	56
2 O SÉCULO XVII: ENTRE UMA MELANCOLIA “ORGÂNICA” E UMA MELANCOLIA VERTICAL	59
2.1 O MOVIMENTO DEFEITUOSO DOS ESPÍRITOS ANIMAIS	59
2.2 A MELANCOLIA EM SUA DIMENSÃO VERTICAL	62
3 O SÉCULO XVIII: A PSIQUIATRIA CLÁSSICA E A ORIGEM MORAL DA MELANCOLIA	69
3.1 A CIRCUNSCRIÇÃO DA LOUCURA	69
3.2 PHILIPPE PINEL E O TRATAMENTO MORAL	71
PARTE II - DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO: A PATOLOGIZAÇÃO DOS AFETOS	77
1 A TEORIA DA DEGENERAÇÃO E A PSIQUIATRIA AMPLIADA	78
1.1 A TEORIA DA DEGENERAÇÃO	79
1.2 GRIESINGER E A AFIRMAÇÃO DE UMA ETIOLOGIA BIOLÓGICA PARA A DEPRESSÃO	82
1.3 KRAEPELIN E A ETIOLOGIA HEREDITÁRIA DA PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA	85
1.3.1 A Apercepção	88
1.3.2 A Memória	89
1.3.3 O Pensamento	89
1.3.4 O Fluxo das Ideias	90
1.3.5 O Delírio	90
1.3.6 O Sentimento em Relação a Si Mesmo	91
1.3.7 Os Signos Físicos	91
1.3.8 A Classificação dos Estados Depressivos e a Influência de	

Kraepelin	92
1.4 A TEORIA DA DEGENERAÇÃO SOB UMA PERSPECTIVA BIOPOLÍTICA	93
2 DOENÇA MENTAL E DEGENERAÇÃO DA RAÇA: A HIGIENIZAÇÃO DA MENTE	103
2.1 PENSAMENTO EUGÊNICO: ORIGENS E DESDOBRAMENTOS	105
2.1.1 A Teoria do Direito da Força	106
2.1.2 O Darwinismo Social	110
2.1.3 A Possibilidade do Controle da Hereditariedade Humana	113
2.1.4 Da Eugenia ao Racismo	115
2.2 EUGENIA NO BRASIL: UM PROJETO DE MEDICINA SOCIAL	116
2.2.1 O Crescimento do Proletariado Urbano	116
2.2.2 Um Projeto de Medicina Social	121
2.2.3 Da Higienização do Meio à Higienização dos Corpos	124
2.3 EUGENIA À BRASILEIRA	125
2.4 A UTOPIA DA RAÇA SADIA E MORIGERADA	130
2.4.1 Eugenia Positiva e Eugenia Negativa	133
3 ASPECTOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL	136
3.1 DA LUTA PELO TRATAMENTO MORAL À ASSIMILAÇÃO DE PRECEITOS DA PSIQUIATRIA ORGANICISTA ALEMÃ	136
3.2 A ATUAÇÃO DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL	139
PARTE III – A MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA	147
1 O CONCEITO E O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO ANTES DOS PSICOFÁRMACOS	148
1.1 A DEPRESSÃO COMO “ANEMIA” DAS CÉLULAS NERVOSAS	148
1.2 BROMETO E BARBITURICOS NA TERAPIA DA ANSIEDADE	151
1.3 HORMÔNIOS, VITAMINAS E ESTIMULANTES PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO	161

1.4	A ELETROCONVULSOTERAPIA: UMA FORMA “MODERNA” DE TRATAMENTO	165
2	A CONCEPÇÃO PSICOFISIOLÓGICA DAS AFECÇÕES MENTAIS	168
2.1	A VISÃO DE CIÊNCIA.....	169
2.2	A QUANTIFICAÇÃO DOS FENÔMENOS PSÍQUICOS	170
2.3	DIENCÉFALO: O LADO PRIMITIVO DO CÉREBRO	170
3	O ADVENTO DA PSICOFARMACOTERAPIA	176
3.1	NEUROLÉPTICOS	176
3.2	IMAOs	178
3.3	TRICÍCLICOS	179
3.4	BENZODIAZEPÍNICOS	180
3.5	DEPRESSÃO: UM TRANSTORNO DE HUMOR DE CAUSAS BIOQUÍMICAS	181
	PARTE IV – ASPECTOS DO DISCURSO SOBRE PSICOFÁRMACOS NA LITERATURA MÉDICA BRASILEIRA	183
1	A TRANSIÇÃO PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DEPRESSÃO	184
2	ASPECTOS DA PESQUISA COM ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS E COM ANSIOLÍTICOS	189
2.1	OS ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS E SUA CLASSIFICAÇÃO	189
2.2	“ATARÁXICOS”	192
2.3	O ASPECTO FORMAL	193
3	A MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA	200
3.1	A VIDA MODERNA E AS NOXIAS EMOTIVAS	200
3.1.1	A Insônia	200
3.1.2	O Stress	201
3.1.3	Tensão e Ansiedade	204
3.2	PATOLOGIAS EMOTIVAS: FENÔMENOS TANTO SOMÁTICOS QUANTO PSÍQUICOS	207
3.3	A DEPRESSÃO COMO UM PROBLEMA	216

3.3.1 A Necessidade de Instruir os Clínicos Gerais	218
3.3.2 O Caráter Caleidoscópico das Depressões Reativas	222
3.4 AS DIFICULDADES EMPÍRICAS NA ABORDAGEM DO FENÔMENO DA NEUROSE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NERVOSA	228
3.4.1 As Dificuldades Empíricas	228
3.4.2 A Quantificação	233
3.5 A QUÍMICA E O EQUACIONAMENTO DAS MAZELAS PSÍQUICAS	237
3.5.1 A Trajetória do “Progresso Psicofarmacológico”	239
3.5.2 A Quimioterapia das Emoções	240
4 PÍLULAS DA FELICIDADE, DO SONO, DA ESTABILIDADE EMOCIONAL... O ASPECTO SIMBÓLICO DA FLUOXETINA E DE OUTROS MEDICAMENTOS PSICOATIVOS	244
4.1 A FLUOXETINA E AS DEPRESSÕES REFRATÁRIAS	246
4.2 PÍLULAS DA FELICIDADE, DO SONO, DA ESTABILIDADE EMOCIONAL	253
4.3 DIFERENÇA OU DOENÇA? A DEPRESSÃO COMO SAÚDE	264
4.4 A DEPRESSÃO COMO PRESENTIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA	268
CONCLUSÃO	273
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	279
FONTES	287
ANEXOS	294

INTRODUÇÃO

Um operário despenca de um andaime de um prédio em construção. A altura é considerável. Aturdidos, os demais trabalhadores se aproximam do corpo inerte, quando de repente, outro operário despenca, do mesmo modo, e mais outro, e outro... Não se trata de um acidente de trabalho: os operários não estão simplesmente caindo, estão se jogando, se lançando do alto dos andaimes para dar cabo de suas vidas. Estão se suicidando... Dezenas de corpos despencando no chão.

Em diferentes pontos da cidade, do Estado, pessoas começam a dar cabo das próprias vidas: estrangulando-se, lançando-se à frente de carros em alta velocidade, disparando armas contra suas próprias cabeças. Um professor de Ciências busca a causa desse estado de coisas, e chega à conclusão de que um desequilíbrio ambiental ocasionou um fenômeno estranho: plantas começam a liberar uma toxina que, de acordo com o movimento do vento, atinge as pessoas e intervém em seu sistema nervoso, prejudicando sua pulsão de vida, fazendo com que desejem a morte.

Essas são cenas do filme “Fins dos tempos”, lançado em 2008 e dirigido por M. Night Shyamalan. O desenrolar do filme pode não ser tão interessante, mas a ideia evocada pelo roteiro é atordoante: e se de repente, todos perdessem o interesse em conservar a própria vida e passassem a procurar, por vontade própria, a morte? Como lutar contra essa poderosa arma – a ausência da vontade de viver - mais letal do que qualquer guerra ou epidemia até hoje conhecida?

Para a maioria das pessoas, tais questões estão restritas aos roteiros da ficção cinematográfica, mas dados recentes da Organização Mundial da Saúde, publicados em setembro de 2014, vêm mostrar que algo próximo a isso vem sim, acontecendo.

Aproximadamente, todos os anos, pelo menos 800.000 pessoas cometem suicídio no mundo. De acordo com a OMS, isso significa que a cada 40 segundos ocorre uma morte auto infligida, sendo o suicídio a segunda maior causa de morte

de pessoas na faixa etária entre 15 a 29 anos.¹ Detalhe: a cada tentativa de suicídio que resulta em morte, há pelo menos vinte que “fracassaram”²

Grande parte desse total, algo em torno de 85 % das pessoas que cometem suicídio, vivem em países em desenvolvimento – como o Brasil – e situam-se nas classes média e baixa. Um dado ainda mais perturbador: a Depressão Maior é apontada pela OMS como uma das maiores causas do suicídio.³

Dados publicados pela Organização Mundial da Saúde em 2014 apontam também para um crescimento vertiginoso dos diagnósticos de depressão nas duas últimas décadas: atualmente, em torno de 350 milhões de pessoas em todo o mundo seriam afetadas por algum subtipo dos chamados “transtornos depressivos”⁴, uma subcategoria dos “transtornos de humor”, segundo o DSM V⁵. Essa será doença mais comum do mundo em 2030, segundo a OMS, a maior causa de afastamento do trabalho e de morte, tal qual são hoje, por exemplos, as doenças cardíacas. Detalhe: a grande maioria das pessoas diagnosticadas como depressivas, segundo os mesmos dados, está em “idade produtiva” e vive em países em desenvolvimento, como o Brasil.⁶

Contraditoriamente, esses mesmos países figuram na lista dos países que mais consomem medicamentos antidepressivos e ansiolíticos no mundo. Segundo pesquisas feitas pela IMS Health em 2009⁷, o consumo desse tipo de medicamento cresceu de modo expressivo nos últimos anos, especialmente no Brasil, Índia, Rússia, México, Turquia e Coréia, os quais representam, juntos, 50 % do consumo de psicoativos no planeta.

¹ OMS. **Questions-réponses sur le suicide.** Disponível em: <http://www.who.int/features/ga/24/fr/>. Acesso em: 12/12/2014.

² OMS. **Prévention du suicide.** Disponível em: Acesso em: 12/12/2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/.

³ OMS. **La dépression.** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>. Acesso em: 12/12/2014.

⁴ Id.

⁵ APA. DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. /Tradução de Cláudia Dornelle. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

⁶ A esse respeito, ver notícia postada no site: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq.shtml. Acesso em: 20/08/12.

⁷ Segundo notícia veiculada no site do jornal *A Gazeta do Povo* em 26 de dezembro de 2009. Disponível em: disponível no endereço: www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=958093&tit=Venda-de-antidepressivos-no-Brasil-cresce-448-em-4-a. Acesso em: 12/08/2012. A IMS Health é um instituto que realiza pesquisas para autorias do mercado de medicamentos a pedido da ANVISA.

Só no Brasil, a venda de antidepressivos e ansiolíticos aumentou 44,8 % entre os anos de 2005 e 2009, número considerado muito acima da média mundial. Ainda segundo a IMS Health⁸, em 2014 o ansiolítico benzodiazepínico comercializado como Rivotril (nome comercial do clonazepam) esteve na lista dos dez medicamentos mais vendidos no país, ocupando a sétima posição, superando “clássicos” como Dorflex e Hipoglós.⁹

O mais importante manual de psiquiatria do mundo – o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) da Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA) que teve sua quinta edição (DSM-V) lançada em 2013, apresenta como um dos critérios para diagnosticar um episódio de Depressão Maior, passível de ser tratada com medicamentos, a tristeza estendida a um prazo superior a duas semanas. Uma das consequências imediatas desse texto seria o aumento dos casos diagnosticados com depressão, uma vez que o DSM é utilizado como referência por psiquiatras do mundo todo. Em longo prazo, a consequência seria o aumento do consumo de medicamentos psicoativos comumente designados como antidepressivos.¹⁰

Como entender essa complexa equação: o aumento dos diagnósticos de depressão e de consumo de psicofármacos aumentando na mesma proporção que o número dos casos de suicídio associado à depressão? Não raras vezes, as tentativas de suicídio se dão com uma super dosagem desses medicamentos. Qual seria, então, sua eficácia? Estariam as tantas milhões de pessoas que os consomem realmente doentes? Sentir-se triste, por um tempo superior a duas semanas, denotaria um transtorno de humor, passível de ser medicado, ou apenas uma

⁸ A IMS Health é um instituto que realiza pesquisas para auditorias do mercado de medicamentos a pedido da ANVISA.

⁹ O GLOBO. Saúde. Confira a lista dos 10 medicamentos mais vendidos do país. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/confira-lista-dos-10-medicamentos-mais-vendidos-do-pais-7338894>. Acesso em: 12/12/2014.

¹⁰ Importante destacar que um estudo conduzido por Lisa Cosgrove e Sheldon Krinski denuncia que pelos menos três quartos dos 141 pesquisadores que participaram dos grupos de trabalho relacionados à elaboração do DSM-V têm algum tipo de envolvimento com a indústria farmacêutica. Essa ligação de alguma forma pode estar influenciando na discussão para os critérios de diagnóstico da depressão, por exemplo, e consequentemente, no aumento das vendas de antidepressivos. A esse respeito, ver: MOISSE, Katie. DSM-5 Criticized for Financial Conflicts of Interest. **ABC News.** Word News. Disponível em: <http://abcnews.go.com/Health/MindMoodNews/dsm-fire-financial-conflicts/story?id=15909673>. Acesso em: 26/04/15.

reação ao contexto? Em que contexto a tristeza passou a ser caracterizada como distúrbio a ser tratado quimicamente?

A presente investigação nasceu a partir dessas indagações. Foi com o intuito de entender o mecanismo de associação histórica entre tristeza, transtorno de humor e drogas psicoativas que direcionamos nosso olhar para o passado, mais especificamente, tentando entender a história do discurso médico sobre a depressão no Ocidente e como, ao longo desse percurso, as causas da tristeza foram sendo relocadas. De causas associadas ao contexto social, para questões relacionadas ao comportamento moral até chegar em causas puramente biológicas, no século XIX e químicas, no século XX, tirando do indivíduo qualquer possibilidade de intervir no curso de seus afetos e transferindo para o saber psiquiátrico esse poder.

O Conceito Atual de Depressão Maior

O Transtorno Depressivo Maior, segundo o DSM IV, distingue-se da tristeza comum, sobretudo pelo tempo de duração dessa tristeza e de outros sintomas a ela associados, como perda de interesse por atividades cotidianas, sentimentos de autodesvalorização, variações no sono, peso e apetite e ideação suicida.¹¹

A velocidade dos processos psíquicos constitui outro elemento importante na caracterização de um quadro de Depressão Maior. Sonenreich define Depressão Maior como um quadro clínico caracterizado pela “... lentificação dos processos psíquicos (L) em um campo vivencial estreitado (E).”¹²

A diminuição da velocidade dos processos psíquicos e motores denota a associação entre lentificação e peso e entre peso e tristeza profunda, segundo Sonenreich.

Associamos a “lentidão” com a idéia de peso e, por intermédio desse, com tristeza. Na física, a aceleração corresponde à perda de peso. Um corpo submetido a uma aceleração maior que 8km/s perde o peso, libera-se da gravidade e escapa a atração terrestre, entra em órbita. A lentidão dos movimentos sugere grande peso, dificuldade de vencê-lo. O deprimido parece estar lentificado pelo peso enorme que suporta. (...) Não identificamos leveza com velocidade e alegria, mas é indiscutível que em muitos casos essa associação é válida.¹³

¹¹ DSM-IV-TR – TM.. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução de Cláudia Dornelle. 4 ed. Ver. Porto Alegre: Artmed, 2002.

¹²SONENREICH, Carol; Estevão, Giordano; ALTENFELDER FILHO, Luis de Moraes. Depressões. In: _____. Psiquiatria: propostas, notas, comentários. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p.85.

¹³ Ibid., p. 87.

Ainda segundo Sonenreich, além da lentificação dos processos psíquicos e motores, outra característica que denota o estado depressivo é o estreitamento do campo vivencial: o deprimido vai se afastando de seus círculos de vivência, iniciando pelos círculos sociais mais amplos – trabalho, escola, lazer com amigos – passando pelo círculo da vivência familiar até o círculo psicológico e corporal. Primeiramente, evita o trabalho ou o estudo, depois passa a evitar situações de convívio familiar, num estágio seguinte, sente-se sem forças até mesmo para levantar da cama, sair do quarto, se alimentar ou tomar banho. É nesse estágio que pode se manifestar a ideiação suicida.

Segundo o saber psiquiátrico inclinado a uma interpretação biológico-química da depressão, esse processo se explica pela ação dos neurotransmissores e os antidepressivos constituíram a forma contemporânea mais usual de intervenção médica sobre esse processo. Mas, quais as origens dessa interpretação?

Da Melancolia à Depressão: a Patologização dos Afetos

O processo pelo qual os chamados “males da mente” ou sofrimentos psíquicos foram transformados em “afecções mentais”, com uma origem biológica e uma explicação científica, remonta ao final do século XVIII e ao início do século XIX e às primeiras tentativas de denominação, classificação e nosografia das doenças mentais efetivadas por Philippe Pinel.

É nesse processo que o conceito de depressão vai se delineando no rol das então chamadas afecções mentais e adquirindo uma conotação diferente da antiga melancolia. No entanto, é nos manuais de psiquiatria da segunda metade do século XIX que os critérios de diagnóstico e tratamento da depressão se tornam mais nítidos, notadamente, com a publicação do “Compêndio de Psiquiatria”, de Emil Kraepelin, cuja primeira edição é datada de 1883.¹⁴

Com o advento da psicanálise (entre o final do século XIX e o início do século XX) temos outra direção para esse mesmo processo: a melancolia analisada sob outro prisma. É interessante notar, por exemplo, como Sigmund Freud em texto

¹⁴ KRAEPELIN, Emil. Manic-depressive and Paranoia. Translated by R. Mary Barclay, M.A.M.B. Edinburg: E. & S Livingstone 17 Teviot Place, 1921.

intitulado “Luto e Melancolia”¹⁵ aborda a diferenciação entre luto (tristeza relacionada à perda de um objeto da libido) e melancolia (tristeza patológica). No texto, Freud se refere ao luto como processo decorrente das situações em que o ego perde o objeto da libido - a perda de um ente querido, de um projeto, de um ideal, um romance que termina...- e dura até que o ego encontre um novo objeto - um novo projeto, um novo amor, um novo ideal...-.

O trabalho do luto consiste no desligamento entre o Eu e o objeto da libido perdido. O tempo do luto é o tempo que o ego precisa para “matar” simbolicamente o objeto dentro de si e se interessar por outro objeto, período no qual se manifesta a inibição e ausência de interesse pelo mundo externo. Não é aconselhável interromper esse tempo. O luto, segundo Freud, não é patológico. Já a melancolia, em que pese assemelhar-se em quase todas as suas características ao luto, manifesta algo diferente: um rebaixamento extremo do Eu, uma perda intensa da autoestima, um desinteresse crescente por si mesmo, uma degradação moral de si perante o mundo externo:

No luto, vimos a inibição e a ausência de interesse explicadas totalmente pelo trabalho do luto que absorve o Eu. Na melancolia, a perda desconhecida terá por consequência um trabalho interior semelhante, e por isso será responsável pela inibição que é própria da melancolia. Mas a inibição melancólica nos parece algo enigmático, pois não conseguir ver o que tanto absorve o doente. O melancólico ainda nos apresenta uma coisa que falta no luto: um extraordinário rebaixamento da autoestima, um enorme empobrecimento do Eu. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Eu. O doente nos descreve eu Eu como indigno, incapaz e desprezível; recrimina e insulta a si mesmo, espera rejeição e castigo. Degrada-se diante dos outros; tem pena de seus familiares, por serem ligados a alguém tão indigno.. Não julga que lhe sucedeu uma mudança, e estende sua autocrítica ao passado, afirma que jamais foi melhor. O quadro desse delírio de pequenez – predominantemente moral – é completado com insônia, recusa de alimentação e uma psicologicamente notável superação do instinto que faz todo vivente se apegar à vida.¹⁶

Na melancolia, a necessidade de matar, simbolicamente, o objeto, se volta para o próprio ego, constituindo-se num acirramento da pulsão de morte, o que explica a tendência suicida dos casos mais graves.

Nas décadas de 1920 e 1930, descobertas envolvendo o uso de convulsões – primeiro, químicas e depois elétricas - para o tratamento de depressão maior (com ou sem episódios psicóticos), o desenvolvimento das cirurgias no lobo frontal e a difusão do ideário eugenista de higiene mental apontavam o fortalecimento de uma

¹⁵ FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

¹⁶ Ibid., p. 175-176.

psiquiatria biológica frente a uma compreensão psicanalítica para determinadas afecções mentais. Mas é com a descoberta das drogas psicoativas, na década de 1950, que esse processo se acentua.

Aspectos do Discurso sobre a Administração das Drogas Psicoativas no Brasil: a Medicalização da Tristeza

Nosso objetivo central consistiu em analisar aspectos relacionados às origens, ao desenvolvimento e aos desdobramentos do discurso médico-científico sobre a administração de psicofármacos para o tratamento da depressão no Brasil, analisando, para isso, artigos escritos por psiquiatras brasileiros e publicados em periódicos nacionais entre o final da década de 1950 e o final da década de 1980. A data que representa a baliza inicial justifica-se pelo fato de representar os primórdios da difusão do discurso médico sobre drogas psicoativas no país: o primeiro artigo publicado por um psiquiatra brasileiro em um periódico nacional sobre um antidepressivo IMAO e por nós localizados data de 1959.

Já as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pela difusão da administração de antidepressivos tricíclicos e pela decadência dos Inibidores da Amino oxidase (IMAOs), é desse período também o início da reforma psiquiátrica brasileira e a formação da Associação Brasileira de Psiquiatria. No final da década de 1980 passam a ser patenteados os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), o primeiro deles, a fluoxetina, que passou a ser comercializada em grande escala no Brasil nas décadas seguintes, tornando-se na primeira década do século XXI, ao lado de ansiolíticos como o clonazepam, um dos medicamentos mais vendidos nas farmácias brasileiras.

Nosso intuito foi investigar, mediante a análise de artigos médicos publicados em revistas nacionais, as implicações teóricas e práticas de um determinado discurso que delineia os contornos da depressão como um transtorno de humor passível de ser tratado com medicamentos.

Partimos da hipótese de que a ampliação dos diagnósticos de depressão e o aumento na administração e consumo de psicofármacos faz parte de um contexto maior, caracterizado, entre outras coisas, pelo fortalecimento da psiquiatria biológica em detrimento da psicanálise na interpretação e terapêutica dos sofrimentos

psíquicos, contexto esse que pode ser elucidado a partir de autores que debatem o conceito de psiquiatria ampliada sob uma perspectiva teórica amparada pelo conceito de biopolítica, de Michel Foucault.

O discurso que dissemina a administração de psicofármacos como terapêutica química da angústia, ao longo das décadas de 1960 e 1970 no Brasil, concebe o advento das drogas psicoativas como a melhor forma de intervenção contra os transtornos de humor, também chamados de transtornos afetivos. Notemos que nossa afetividade, nosso sofrimento, são transmutados, no contexto de uma expansão da ingerência do saber psiquiátrico, em signos de possíveis “transtornos” (a patologização dos afetos)

A administração de antidepressivos, ansiolíticos e neurolépticos, descobertas da ciência na segunda metade do século XX, é estudada, experimentada e defendida por um grupo de pesquisadores nacionais, que têm a frente psiquiatras como José Caruso Madalena, J. Alves Garcia, Jorge Paprocki, Fábio de Souza, entre outros, como uma forma menos agressiva e eficiente de tratamento se comparada aos antigos banhos terapêuticos, a eletroconvulsoterapia e com menos efeitos colaterais que os barbitúricos e os brometos.

Esses pesquisadores defendiam uma determinada concepção de ciência como equacionadora dos sofrimentos e mazelas humanas, incluindo-se aí os sofrimentos psíquicos. Celebravam a quimioterapia das emoções e o controle científico - de fora para dentro - das noxias emotivas como uma forma promissora de atuar preventivamente contra o desenvolvimento de futuras afecções mentais, evitando, assim, que a emotividade descontrolada – associada ao desequilíbrio dos fluidos cerebrais – viesse a por em risco o progresso tecnológico a tão duras penas atingido, embora reconhecessem que tais noxias se manifestavam como uma reação a esse mesmo progresso, sendo mesmo suscitadas pelas contradições inerentes à modernidade.

No entanto, em vista da impossibilidade de reverter o processo civilizador, o avanço tecnológico e científico, a vida atribulada nas grandes cidades, a acumulação de afazeres, preocupações e funções, apostam num dos produtos desse “avanço”, a química, como ferramenta para adequar o psiquismo humano ao mundo por ele criado. Torna-se imperativo resolver o “problema” da depressão, da

angústia, do stress, da tensão, visto que passam a constituir impedimentos sérios ao fluxo intermitente da vida moderna.

A lentidão motora, a autodesvalorização, a tristeza persistente e o desejo de morte do depressivo contrastam com a agitação, o hedonismo, a euforia e a vida voltada ao consumo características do ideal burguês de vida. O depressivo vira uma peça fora do jogo, não é produtivo, não é atraente, não é feliz. Isso incomoda sobremaneira, sobretudo incomoda ao próprio indivíduo, que acata o discurso de que está doente pelo fato de sentir-se diferente em relação às pessoas felizes que estampam as capas das revistas, as mensagens publicitárias ou que protagonizam as telenovelas.

Diferentemente do tratamento biológico – a eletroconvulsoterapia – o tratamento psicofarmacológico ou químico, por sua “praticidade” e por sua “eficiência” torna-se acessível a um número muito maior de pessoas, extrapolando o limite das instituições de internamento psiquiátrico e da ingerência dos especialistas e atingindo, via clínicos gerais, os ambulatórios, os consultórios e disseminando-se por entre uma parcela significativa da população que outrora não seria considerada passível de intervenção psiquiátrica. Esse processo intensificou-se ao longo das três últimas décadas, com a descoberta da segunda geração de antidepressivos – os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (como a fluoxetina) e a popularização dos benzodiazepínicos (tranquilizantes menores, como o Rivotril) mas suas origens remontam às descobertas ocorridas em laboratórios franceses e estadunidenses ao longo da década de 1950.

Mas isso também tem um preço. Milhares de pessoas vivem (?) hoje à base de ansiolíticos e antidepressivos: para dormir, para acordar, para trabalhar, para levar uma vida normal... Uma vida normal? Formas menos invasivas de intervenção? Não seria porque a diferença é que agora a camisa de força é interna e o internamento, sem muros? E o controle disseminado por um número muito maior de pessoas que no passado? Vivemos uma epidemia de depressão ou um surto de medicalização das nossas emoções? Na dependência da psicofarmacologia para continuar vivendo, muitos se autocondenam a uma vida sem sentir ou sem saber lidar com a tristeza – nem sempre patológica - desfrutando de uma euforia artificial ou de uma letargia constante.

A ampliação dos diagnósticos de depressão e o aumento do consumo de antidepressivos e ansiolíticos nos levaram a questionar se não é a forma que tomou a nossa existência que há muito tempo mostra sinais de padecimento: o psiquiatra José Caruso Madalena destacava, na década de 1960, que os efeitos da modernidade são inexoráveis, enquanto José Alves Garcia, em 1957, afirmava que a depressão era um esforço do psiquismo para adaptar-se ao contexto. Antes disso, na década de 1930 do século passado, o filósofo Walter Benjamin já afirmava que a modernidade prepara a matéria bruta para o suicídio e fica aguardando o seu desfecho.

Viver a base de ansiolíticos e antidepressivos. Nem vivos, nem mortos: vivos funcionais. Dessa forma, permanecemos úteis: continuamos trabalhando, nos relacionando e, principalmente, consumindo. De fato, conseguimos ir “tocando” a vida com tais medicamentos. E nos mantemos “vivos”, que é o que interessa, uma vez que a vida é aquilo sobre o qual o poder incide. Mas é importante lembrar, com Foucault, que a vida representa, também, a maior fonte de resistência ao poder, uma vez que é potência. Ainda que essa resistência se manifeste no momento em que o indivíduo finalmente se apropria dessa vida, numa tentativa de suicídio que “dá certo”.

O Percurso da Investigação

O percurso deste trabalho, como toda investigação histórica, foi permeado por inúmeras dificuldades. Primeiramente, em virtude de o objeto estar vinculado a uma ciência praticamente recente em nosso meio, a psicofarmacologia, com terminologias bastante específicas – e distantes do vocabulário do historiador - expressas numa linguagem acessível somente a especialistas. Mapear os artigos sobre medicamentos psicoativos para o tratamento da depressão, angústia, ansiedade e tensão ao longo de quatro décadas demandou o conhecimento dessas terminologias. Como exemplo, citamos as nomenclaturas científicas dos medicamentos (e não seu nome comercial): imipramina, amoxapina, clorpromazina... Bem como a categoria a que pertencem - benzodiazepínicos, IMAOS, tetracíclicos, neurolépticos, atarácicos, tricíclicos, ISRS...

Some-se a isso o fato de que muitas terminologias que nomeavam as ditas afecções mentais, distonias psíquicas ou noxias emotivas nas décadas de 1950, 1960 e 1970 não mais existem ou foram substituídas por outras terminologias, e com elas, determinadas afecções desapareceram. É o caso da neurastenia, por exemplo.

O conhecimento de determinados medicamentos anunciados em mensagens publicitárias veiculadas em revistas medicas nas décadas de 1940 e 1950 e que não informavam os seus princípios ativos constituiu outra dificuldade empírica. Alguns desses medicamentos deixaram de ser comercializados há mais de trinta anos e a informação sobre seus componentes químicos bem como sobre seus efeitos no organismo demandou pesquisa em bulários a eles contemporâneos e embalagens preservadas em acervos particulares, como o acervo da Farmácia Internacional, em Antonina, Paraná.

Outro fator complicador: os estudos sobre história da psicofarmacologia no Brasil são escassos – e em se tratando de pesquisadores das áreas de humanas, praticamente inexistentes - devem-se, sobretudo, à iniciativa de psiquiatras como Walmor Piccinini, um dos editores responsáveis pelo periódico “Psychiatry on line” no Brasil e organizador do Índice Bibliográfico Brasileiro de Psiquiatria. Trata-se de um banco de dados da produção psiquiátrica brasileira com mais de vinte mil registros de teses e artigos publicados por psiquiatras brasileiros em periódicos nacionais e internacionais, abrangendo desde a década de 1920 até produções mais recentes, da primeira década do século XXI.

A organização da tese

Este trabalho está organizado em quatro partes, e estas, subdivididas em capítulos e subcapítulos.

Na primeira parte nos propomos aspectos relacionados à constituição dos conceitos de melancolia e de distímia no ocidente, problematizando como filósofos, médicos e eruditos conceberam a influência do contexto (da cidade) em um estado de ânimo triste, bem como, qual a sua concepção de equilíbrio perante essa situação e como atingi-lo. Opondo uma compreensão filosófico-literária a uma concepção médica, questionamos sob quais aspectos esse estado de ânimo poderia ser considerado patológico – segundo uma visão hipocrático-galênica – ou manifestação de um posicionamento crítico-reflexivo sobre o contexto – segundo a

compreensão de determinados textos de filósofos pré-socráticos e da Antiguidade Tardia. Foram analisados fragmentos dos textos de Demócrito e Hipócrates de Cós (século V a.C), de Epicuro (século IV a.C), Aristóteles (século IV a.C), Pseudo-Hipócrates (século I) e Sêneca (século I).

O nosso objetivo foi situar, entre os filósofos antigos, um olhar diferente sobre a tristeza, diferente em relação à conotação patológica a determinadas formas de manifestação dessa tristeza atribuída pelo pensamento hipocrático-galênico, contemporâneo aos filósofos por nós estudados, sobretudo, em relação à tristeza melancólica. Buscamos nesses filósofos um contraponto, um olhar outro sobre a tristeza, diferente da direção que a ela foi apresentada pela tradição médica.

Segundo esse olhar outro, o ensimesmar-se, o ficar triste, o isolar-se não são sinais de uma patologia que teria como origem o cérebro, mas da reação de um organismo saudável e de uma mente inquieta a uma cidade que adoece, a um contexto doentio. A tristeza pode ser uma reação inteligente ao contexto, uma forma de crítica, de contravenção, um modo de ser e estar no mundo, e não um desequilíbrio, uma doença ou um infortúnio.

Por outro lado, podemos perceber nesses textos que, se as causas da tristeza tendiam a ser externas, o bom ânimo, a ataraxia, o bem viver e o cuidado de si, requerem uma atitude de dentro para fora, é algo interno, fruto desse ensimesmar-se, desse conhecer a si mesmo, de um aprofundar-se em si mesmo e de um bastar a si mesmo. A ataraxia ou imperturbabilidade, portanto, pressupõe algum tipo de tristeza, a vivência desta é necessária para se atingir aquela, e ao homem de raciocínio, àquele que percebe a irracionalidade da cidade, a tristeza não se manifesta como um desequilíbrio, mas como sinal de sua lucidez.

No entanto, nessa mesma Antiguidade Tardia, a tradição hipocrática – e portanto, médica – sobre a melancolia, fortalece-se no pensamento do médico romano Galeno, que realiza uma síntese entre a teoria dos humores de Hipócrates e a concepção de alma tripartite de Platão mediante o conceito de espíritos animais, na tentativa de uma localização e explicação orgânica mais explícita da melancolia como desequilíbrio que afeta a mente e que tem origem no corpo.

Analizamos, em seguida, como essas duas tendências associadas à compreensão da melancolia – uma filosófica e uma médica – se reascendem no século XVII, em que, segundo Foucault em “A História da Loucura” podemos

encontrar as origens da medicalização das chamadas figuras da loucura, entre elas, a melancolia. Para isso, opusemos aspectos do debate médico sobre a melancolia, notadamente as ideias do médico inglês Thomas Willis às do teólogo também inglês Robert Burton.

Na tentativa de realizar uma genealogia de uma categoria nosográfica específica, a depressão, no contexto mais amplo da instituição do saber e do poder psiquiátrico, tentamos compreender, no século seguinte, como se deu a transmutação do conceito de melancolia para o conceito de depressão no interior do discurso psiquiátrico, concebendo essa transmutação no interior da transição de uma psiquiatria tida como clássica, em que prevalece a interpretação de uma origem moral para a melancolia (mediante a análise do conceito de melancolia em Pinel), no século XVIII; para uma psiquiatria biológica, em que se busca uma localização cerebral para as “afecções mentais” e consequentemente, uma etiologia física para a melancolia, que passa a ser considerada como parte e, depois, subcategoria da depressão, mediante sua compreensão na obra de dois psiquiatras alemães do século XIX: Wilhelm Griesinger e Emil Kraepelin.

O termo melancolia tem suas origens na compreensão hipocrática da teoria dos humores: deriva do grego *mélas* (negro) e *cholé* (bile), em sua transliteração latina *melaina-kole* (bile negra). Já a categoria depressão, oriunda do latim *deprimere* (afundar, abaixar, pressionar para baixo) é utilizada em diferentes ciências. Em geologia, por exemplo, indica declive de um terreno e em economia designa um período de recessão. O termo, a princípio, nada tem a ver com melancolia – que designa um dos mais antigos sofrimentos humanos – mas veio a ela se sobrepor, ocupando seu lugar enquanto entidade nosológica a partir do século XIX. Em que contexto se deu essa transição? Que mudanças epistemológicas ela representou no campo do saber médico-científico?

Inicialmente, nosso intuito foi problematizar as implicações do discurso¹⁷ psiquiátrico, no processo de sua constituição, que transformou a melancolia em

¹⁷O conceito de discurso que permeia este estudo relaciona-se à obra do filósofo Michel Foucault (1926-1984). Em Foucault discurso pode ser compreendido, em linhas gerais, como a expressão prática e teórica de um determinado tipo de saber. Dessa forma, não dissocia a ação da teoria, ou o poder do saber, visto que para este autor todo discurso é, em si, um exercício de poder. O poder se encontra distribuído nas mais diferentes estâncias sociais e se ancora em saberes, que, em nosso tempo, remetem ao universo acadêmico. Pode-se ainda entender *discurso* como o domínio comum de declarações que se manifestam, por vezes, sob a forma de enunciados e às vezes como prática reguladora e que tem como característica fundamental a pretensão de verdade.

sintoma e/ou subcategoria da depressão, sendo esta entendida enquanto uma afecção mental; instituindo, assim, as bases de uma explicação biológica para um sofrimento psíquico. Em outras palavras, em que contexto se deu a apropriação psiquiátrica da melancolia, sua transmutação em afecção mental e sua ressignificação mediante a instituição de uma nova categoria nosográfica: a depressão. O objetivo foi identificar, na instituição e institucionalização do saber psiquiátrico entre os séculos XVIII e XIX, a origem da caracterização da depressão como uma “afecção mental”¹⁸, bem como suas especificidades em relação à definição de melancolia, que passou a ser empregada mais para designar um estilo de vida, um estado de tristeza meditabunda, uma náusea pensativa, manifesta, por exemplo, na obra literária de Baudelaire, do que propriamente uma patologia psíquica.

Na segunda parte da tese, iniciamos problematizando a constituição do poder psiquiátrico no ocidente, no bojo do processo de institucionalização dos saberes sobre o homem, que passam a se especializar e, assim, se afirmar, mediante a intervenção sobre os corpos dos indivíduos. Esse processo se insere numa conjuntura mais ampla conceituada pelo filósofo Michel Foucault como biopoder. O biopoder se instituiu, segundo o autor, entre os séculos XVII e XIX, primeiramente como uma sociedade disciplinar e posteriormente, enquanto uma estratégia biopolítica.

A estratégia biopolítica institui uma nova concepção de indivíduo: não mais ou não somente o concebe enquanto corpo-máquina, mas enquanto um corpo-espécie. Diluindo os indivíduos na espécie, os saberes que se desenvolvem em seu bojo buscam não apenas formatar ou disciplinar os corpos, mas exercer o controle biológico das populações.

Em uma conjuntura biopolítica, os indivíduos são entendidos enquanto meros suportes de processos biológicos e os saberes, ao atuarem sobre os corpos, os

¹⁸ A etimologia da palavra afecção é latina (*affectio-onis*). Aparece nos textos psiquiátricos do século XIX, notadamente, de psiquiatras alemães, entre eles, Griesinger (1867) e também nos artigos de psiquiatras brasileiros da primeira década do século XX, como textos do Dr. Austregésilo (1909) e permanece em artigos de psiquiatras atuantes no meio acadêmico e científico nacional na década de 1960, como José C. Madalena (1967). Designa, em psiquiatria, uma condição mórbida relacionada às capacidades de perceber e/ou interpretar o que está ao redor, uma alteração que manifesta falta de normalidade psíquica. Wilhelm Griesinger (1867) relaciona as afecções mentais aos afetos exacerbados, descontrolados (como o ciúme, a tristeza prolongada, a raiva) destacando serem os primeiros os elementos desencadeadores dos segundos, visto provocarem danos no sistema nervoso minando sua constituição e provocando as afecções mentais.

definem, transpassando-os, atravessando-os, concebendo-os enquanto potências orgânicas na medida em que fenômenos inerentes aos seres vivos - nascimento, morte, reprodução, deslocamentos – entram para os cálculos do poder, são esquadrinhados, cronometrados, quantificados com o objetivo de instituir padrões de normalidade e estratégias de intervenção sobre aqueles tidos como anormais, dentre eles, os considerados portadores de “afecções mentais”.

É na segunda metade do século XIX na França e, sobretudo, na Alemanha, que no interior do saber psiquiátrico, afirma-se uma explicação biológica para as afecções mentais. Esse saber, antes orientado por uma perspectiva disciplinar, ao biologizar os afetos, estende o foco de sua intervenção, alargando suas fronteiras e integrando pequenas alterações, anomalias menores e questões relacionadas aos sentimentos e sofrimentos humanos ao seu campo de ingerência, justificando essa atuação como uma forma de prevenir e evitar situações de degeneração mental futuras no meio social ou instituindo novas anomalias, sob a forma de transtornos, síndromes, e desvios.

Ocupando-se com os sãos, por considerarem-nos predispostos a afecções mentais, amplia também o espaço físico de sua atuação, abrangendo um número maior de pessoas e intervindo em outras instituições (a família, a escola) para além dos asilos. Defendemos que proliferação das síndromes nos manuais de psiquiatria, processo que teve início ainda na segunda metade do séc. XIX e que se estende até os dias de hoje, é parte desse processo.

Amparados nas discussões de Michel Foucault sobre o desenvolvimento da biopolítica e a ampliação do poder psiquiátrico ao longo do século XIX, bem como nos estudos sobre a teoria de degeneração e sua influência na constituição de uma “psiquiatria ampliada”, nessa parte da tese, procuramos, primeiramente, entender como o saber psiquiátrico se afirmou enquanto uma especialidade médica mediante essa intervenção sobre um “corpo ampliado”, que considera para além do corpo físico, as condutas, os afetos, os comportamentos dos indivíduos como sinais de uma possível, de uma futura degeneração mental num contexto histórico mais amplo dominado pela ideia de decadência e que marcou a segunda metade do século XIX no ocidente europeu.

Em seguida exploramos as origens da institucionalização do saber psiquiátrico no Brasil, ao longo das três primeiras décadas do século XX, abordando

a influência do organicismo alemão e do pensamento eugenista na constituição desse saber. Para isso, inicialmente nos propomos a explorar as origens e desdobramentos da eugenia, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Na sequência, analisamos o projeto de medicina social defendido por intelectuais e médicos brasileiros orientados por uma perspectiva eugenista de ciência. Nesse projeto, a doença mental é concebida como um fator degenerativo da espécie e, tal como outras doenças degenerativas, deveria ser combatida de modo a evitar que seus portadores gerassem descendência. Nossa análise recaiu sobre teses de Medicina defendidas em faculdades brasileiras (Rio Grande do Sul, Bahia e Rio de Janeiro) sobre a tríade casamento-prole-eugenia e sobre a insistência dos médicos formados pelas cadeiras de “Hygiene” dessas faculdades em legalizar o exame pré-nupcial obrigatório.

Dando seguimento ao tópico anterior, propomos a teoria de que em suas origens, o saber psiquiátrico nacional foi influenciado por concepções eugênicas, que defendiam a necessidade de uma “higiene mental” como forma de melhorar a predisposição genética da nação. Encerramos essa parte destacando o processo pelo qual, ao longo das décadas de 1930 e 1940, sob determinados aspectos, o governo federal encampa esse projeto com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais que, entre suas ações, autoriza a introdução da Cadeira de Higiene Mental nos Cursos do Departamento Nacional de Saúde e nas Escolas de Enfermagem, a partir de 1942, bem como a criação de ambulatórios de Higiene Mental, a partir de 1941.

Para a terceira parte da tese selecionamos fontes (manuais psiquiátricos, artigos científicos e mensagens publicitárias) relacionadas ao saber médico-científico referente à caracterização e à terapêutica da depressão entre as décadas de 1940 e 1950.

No primeiro capítulo focamos aspectos da quarta edição do Manual de Psiquiatria publicado por Henrique Belfort Roxo (1946) no tocante à definição de depressão e seu lugar enquanto categoria nosográfica em relação a outras afecções mentais, bem como, a terapêutica indicada pelo psiquiatra fluminense, procurando perceber consonâncias e especificidades para com a psicobiologia alemã, representada pela obra de Emil Kraepelin. O objetivo foi entender como era

conceituada a depressão e como era tratada uma década antes do desenvolvimento científico dos modernos psicofármacos.

Nesse mesmo capítulo, analisamos artigos científicos e mensagens publicitárias presentes em revistas médicas das décadas de 1940 e 1950 para tentar entender como é feita a referência aos sais de brometo, aos barbitúricos, e à eletroconvulsoterapia, formas usuais de tratamento das afecções mentais, entre elas, a depressão, no período citado.

No segundo capítulo, iniciamos problematizando o conceito de psicofisiologia em Jean Delay (1907-1987). Publicado em 1945, o livro “A Psicofisiologia Humana” constituiu uma das primeiras obras do psiquiatra francês, considerado o principal responsável pela descoberta das propriedades neurolépticas da clorpromazina em 1952, dando início à era da psicofarmacologia moderna.

Cogitamos que a concepção de ciência manifesta nessa obra, bem como o delineamento moderno da psiquiatria biológica, constituíram forte influência teórica sobre os artigos brasileiros sobre psicofármacos na década seguinte, visto ser Jean Delay uma das principais referências citadas por psiquiatras brasileiros nos ensaios clínicos publicados entre 1959 e 1977.

Na sequência, abordamos aspectos relacionados à história da psicofarmacologia propriamente dita, destacando as principais descobertas referentes às drogas psicoativas na década de 1950, os primeiros congressos mundiais sobre o tema e a repercussão dessas descobertas nos manuais de psiquiatria estrangeiros, notadamente, no DSM, cuja primeira edição data de 1952, mas que passa de fato a sofrer a influência da expansão da psicofarmacologia e da indústria farmacêutica a partir de sua terceira edição, em 1980.

Na quarta parte da tese analisamos aspectos da constituição do discurso psiquiátrico sobre a administração de psicofármacos para o tratamento da depressão e da ansiedade no Brasil. As fontes problematizadas são artigos publicados entre o final de 1950 e o início da década de 1990 em periódicos médicos de especialidades múltiplas (“O Hospital”, “A Folha Médica”) e específicos da área de Psiquiatria (“Jornal Brasileiro de Psiquiatria”), sendo os artigos publicados entre 1962 e 1987 na revista “A Folha Médica” o principal conjunto documental deste estudo.

A escolha da revista justifica-se por tratar-se de um dos mais antigos periódicos médicos com circulação ininterrupta no país - publicada entre 1920 e 2006 pela Cidade Editora Científica no Rio de Janeiro e relançada em 2006 pela UNIFESP. Trata-se de revista científica destinada à publicação de artigos, resenhas e relatórios de pesquisas de diversas especialidades. A seção de psiquiatria, ao longo da década de 1960, foi dirigida por Isaías Paim (1909-2004) e José Caruso Madalena (1916-2010) este último, um dos principais estudiosos da psicofarmacologia no Brasil, tendo produzido, entre os anos de 1960 e final de 1980, em torno de 170 artigos científicos sobre o tema¹⁹. Além disso, a revista foi órgão oficial da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e um dos principais veículos de difusão dos ensaios clínicos com drogas psicoativas no país entre as décadas de 1960 e 1970.²⁰

Analizando este periódico, cogitamos que se tratou de veículo importante na divulgação de experimentos clínicos com drogas psicoativas logo que eram lançadas por laboratórios farmacêuticos no Brasil. Alguns dos psiquiatras que colaboraram como autores atuavam também como consultores clínicos desses laboratórios. Outro fator interessante é que os artigos, escritos por psiquiatras por vezes com a colaboração de farmacêuticos, tinham a preocupação de instruir e orientar clínicos gerais sobre a classificação, propriedades químicas e indicação terapêutica de medicamentos psicoativos recém-lançados, o que nos leva a crer que, por ser uma revista médica tradicional, de várias especialidades, fosse muito consultada por esses profissionais. Além disso, mantinha-se mediante assinaturas e a veiculação de mensagens publicitárias, entre essas, abundavam as que anunciavam medicamentos psicoativos.

Pudemos perceber que esses artigos normalmente, se encaixam em um dos tipos a seguir:

¹⁹ BUENO, José Romildo; PICCININI, Walmor. História da psiquiatria – José Caruso Madalena (1916-2010). **Psiquiatry on line**. Vol. 19, novembro de 2010. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/wal0111.php>. Acesso em: 10/12/2014.

²⁰ A esse respeito ver: LEMOS, Antônio A. Briquet de. Infra-estrutura da literatura biomédica: considerações acerca de um núcleo de revistas brasileiras do setor saúde. **Educación médica y Salud**,[S.L], v.15, n.4,p.406-423, 1981.

- 1) Ensaios clínicos sobre a comparação empírica de dois tratamentos: o chamado biológico (convulsoterapia) e o químico (psicofarmacoterapia);
- 2) Ensaios clínicos testando novas substâncias psicofarmacológicas valendo-se da metodologia do estudo duplo-cego, em que um grupo de pacientes recebia o medicamento com o princípio ativo e outro recebia um placebo, sem que nenhum dos grupos tivesse consciência disso.
- 3) Revisões de literatura sobre o tema da psicofarmacologia, citando a contribuição empírica e teórica de pesquisadores nacionais e estrangeiros para o desenvolvimento de pesquisa com novos psicoativos.
- 4) Estudos (teóricos e práticos) avaliando a eficácia de dois ou mais agentes psicofarmacológicos “modernos” combinados entre si ou com medicamentos mais antigos: por exemplo, barbitúricos e ansiolíticos; ansiolíticos e neurolépticos; ansiolíticos e antidepressivos.

Os ensaios clínicos buscavam evidenciar as propriedades terapêuticas de psicofármacos recém-descobertos, alguns dos quais ainda não disponibilizados comercialmente, em fase de testes nos laboratórios, mediante o seu emprego em pacientes internados em instituições de assistência psiquiátrica, públicas e particulares²¹, e também, sobretudo a partir da década de 1970, em pacientes ambulatoriais.

Esses pacientes tinham sido avaliados com diagnósticos variados, mas a grande maioria dos estudos é dirigida aos pacientes diagnosticados com diferentes tipos de depressão (endógena, orgânica, reativa, neurótica, situacional, psicose maníaco-depressiva e involutiva); neurose de angústia; stress e ansiedade.

As amostras de medicamentos empregadas nesses ensaios eram fornecidas pelos próprios laboratórios interessados na pesquisa de sua eficácia terapêutica, conforme atestam notas de rodapé existentes na imensa maioria dos artigos

²¹ Dentre as instituições a que estavam vinculadas os autores dos artigos aqui analisados, destacam-se: Hospital Pedro II, Rio de Janeiro; Hospital Central do Exército, Rio de Janeiro; Casa de Saúde Dr. Eiras, Rio de Janeiro; Sanatório Nossa S. da Aparecida, Rio de Janeiro; Manicômio Judiciário do Paraná, Curitiba; Hospital Psiquiátrico Juqueri, São Paulo; Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo; Hospital Galba Veloso, Belo Horizonte; Clínica de Repouso Mococa, em Mococa, São Paulo; Academia Brasileira de Medicina Militar, Rio de Janeiro; Faculdade de Ciências Médicas de Santos; Divisão de Psiquiatria Forense do Paraná, Faculdade Federal de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba – MG; Hospital Professor Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia, Salvador; entre outros.

pesquisados: os autores registram seus agradecimentos às amostras “gentilmente” cedidas pelo laboratório X ou Y para o desenvolvimento do estudo.

Nos artigos publicados entre 1957 e 1971 predomina o tema da depressão e seu tratamento, seguido da combinação angústia-ansiedade. A maioria dos ensaios clínicos publicados nesse período versa sobre o emprego de antidepressivos, primeiramente sobre os IMAOS (final da década de 1950) e, com a verificação dos efeitos hepatóxicos desses medicamentos, sobressaem-se a partir de 1962 os artigos sobre os antidepressivos tricíclicos.²² Nos documentos analisados, especialmente aqueles situados entre 1957 e 1969, há menção a comparações empíricas entre o método eletroconvulsoterápico (dito biológico) e o farmacológico (dito quimioterápico).²³ Em alguns casos, especialmente nos primeiros artigos sobre o tema, menciona-se o emprego de ambos, concomitantemente ou na sequência um do outro. Também nesse período existem artigos sobre o emprego combinado ou alternado de barbitúricos e neurolépticos²⁴, o que nos permite afirmar que se trata de um período de transição entre tratamentos anteriormente praticados e a novidade representada pela quimioterapia farmacológica.

Ao longo da década de 1960, os autores que mais publicaram sobre o tema da psicofarmacologia são médicos do Rio de Janeiro, formados na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e que atuavam como professores nessa mesma faculdade, ou ainda, no Curso de Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e na Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Trabalhavam em instituições psiquiátricas de

²² Sobre o tema, destacam-se no período citado os seguintes artigos por nós pesquisados: HAENNY, Raphael. Considerações farmacológicas sobre nova associação medicamentosa – tioridazina + barbitúricos (Sandoxal). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 44, n. 2, Fevereiro de 1962, p. 115-117; MADALENA, José Caruso. O uso do cloridrato de flufenazina em pequenas doses nos estados de tensão e ansiedade. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, V. 52, N.3. 1966, p. 181-194. P. 45-46; CAVALCANTI, Wander B. Observação clínica de um novo tranqüilo-relaxante derivado das benzodiazepinas. **A folha médica**, Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 59, n. 2, Ago.1969, p; 189-194; PEREIRA, J.L.C; et.al. Nossa experiência com a monocloroimipramina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.58, n. 4, abril de 1969, p. 581-590.

²³ Entre os artigos encontrados sobre esse tema, destacam-se: MADALENA, José Caruso. A psicofarmacologia na terapêutica psiquiátrica. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vo. 52, n. 1, janeiro de 1966, p.31-38; ARRUDA, Elso. et.al. A iproniazida em Psiquiatria. **O Hospital**. Rio de Janeiro, V.56, n.2, p. agosto de 1959, p. 66-81; MADALENA, José Caruso. Ensaio preliminares com uma nova substância antidepressiva: a thiazenona (SQ 10496). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol 55, n.4, outubro de 1967, p. 647-657.

²⁴ HAENNY, Raphael. Considerações farmacológicas sobre nova associação medicamentosa – tioridazina + barbitúricos (Sandoxal). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 44, n. 2, Fevereiro de 1962, p. 115-117.

assistência (públicas ou particulares), com o destaque para José Caruso Madalena, da Casa de Saúde Dr. Eiras (Ver tabela do Anexo II). Ao longo da década de 1970, destacam-se psiquiatras gaúchos, mineiros, paulistas e cariocas. Dentre os autores que mais publicaram artigos nesse período, situam-se Sérgio Traldi, Fábio de Souza, Jorge Paprocki, José Alves Garcia além do próprio Caruso Madalena.

Nos artigos publicados na primeira metade da década de 1970, percebemos uma maior ênfase no diagnóstico e estudo das chamadas depressões neuróticas, bem como nos quadros de neurose da ansiedade e neurose da angústia²⁵. Associado a esse fato, cresce o número de ensaios clínicos relatando experiências com novos benzodiazepínicos, os ansiolíticos, por vezes denominados também tranquilizantes leves. Cabe assinalar que é muito presente nesses artigos a preocupação dos autores com a difícil abordagem terapêutica do fenômeno neurótico.²⁶

Na segunda metade da década de 1970, o destaque fica por conta dos estudos sobre as propriedades químicas e terapêuticas da Amoxapina²⁷, um antidepressivo tricíclico descoberto no início da década e que passou a ser testado em substituição aos antidepressivos tricíclicos mais antigos – como a imipramina –

²⁵ A esse respeito, exploramos os seguintes documentos: MADALENA, J. C. ; FRANCHIN, E.A. Avaliação clínica dos efeitos do clobazam. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 3, 1977, p. 351-354; ²⁵ PEREIRA, J.L.C; et.al. Nossa experiência com a monocloraímipramina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica V.58, n. 4, abril de 1969, p. 581-590; MADALENA, José Caruso. Observações preliminares com uma nova combinação psicotrópica antidepressiva – o Ro 4-6270. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol53, n. 4, outubro de 1966, p. 667-678; GRABOWSKI, J.R. Tratamento das depressões endógenas e neuróticas pela doxepina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol 59, n. 1, p. 75-81; LESSA, L.M., et. al. Um modelo possível de pesquisa ansiolítica em função do lorazepam (Wy-4036). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 66, n. 2, fevereiro de 1973, p. 379-389.

²⁶ A esse respeito, exploramos mais especificamente os seguintes artigos: LESSA, L.M., et. al. Um modelo possível de pesquisa ansiolítica em função do lorazepam (Wy-4036). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 66, n. 2, fevereiro de 1973, p. 379-389; PATRÍCIO, A.A.F. Tratamento de estados depressivos com amoxapina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 80, n. 1, janeiro de 1980, p. 97-100; FIGUEIREDO FILHO, Cesar; et. al. Experimentação clínica com o clorazepato dipotássico no tratamento da síndrome ansiosa. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 68, n. 1, janeiro de 1974, p.103-105; CAMPOS, João de Souza; CAMPOS, Murilo de Souza. Terapêutica de quadros psiquiátricos agudos pelo RO 5-3350 (Lexotan) parenteral; CIPARRONE, José Eduardo M. Tratamento da neurose de ansiedade com um novo ansiolítico, o Clozabam. Resultados de um estudo clínico duplo-cego. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, v.75, n. 4, p.483-487, Outubro de 1977

²⁷ A esse respeito, foram analisados os seguintes artigos: PATRÍCIO, A.F. Tratamento de estados depressivos com amoxapina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 80, n. 1, janeiro de 1980, p. 97-100; CAMPOS, João de Souza; José Anchieta C. Delgado. A amoxapina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 1, julho de 1978. P. 87-90; MUNDIM, F. D.; MELO, J.H. Ribeiro de. A amoxapina na depressão vital e depressão mascarada. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 82, n. 6, junho de 1981. p.679-682.

por duas razões apontadas pelos psiquiatras brasileiros estudados: por agir mais rápido e com menos efeitos colaterais.

Outro aspecto recorrente nesses artigos é a preocupação com a quantificação dos fenômenos analisados²⁸. São fenômenos psíquicos aos quais se tentava abordar da forma mais científica possível, sendo essa concepção pautada pela busca de uma objetividade associada à experimentação empírica, a análise e representação matemática dos resultados. A preocupação com a reprodução gráfica da estrutura molecular dos princípios ativos dos fármacos analisados, a organização dos dados referentes ao grupo de pacientes envolvidos nos ensaios clínicos (separados por diagnóstico, idade, sexo, idade) em tabelas, a tentativa de mensurar a gravidade dos estados depressivos e ansiolíticos por meio de escalas de depressão e ansiedade e, por fim, a quantificação dos resultados e sua apresentação gráfica são algumas das estratégias frequentes. As escalas mais citadas e empregadas para a mensuração do fenômeno depressivo são: “Inventory for Measuring Depression”, de Beck (com 21 itens) e “Rating Scale for Depression”, de Hamilton (com 17 itens).

A exposição mais descritiva, caso a caso de cada paciente envolvido nos experimentos (seu diagnóstico, tratamentos anteriores, questões familiares e profissionais) é rara, mas ainda ocorre, como demonstraremos em alguns casos estudados²⁹. A anamnese foi ficando cada vez mais sucinta, restringindo-se a dados

²⁸ Entre os documentos analisados, essa preocupação com a quantificação destacou-se, sobretudo, nos seguintes artigos: TRALDI, Sérgio. Pesquisa multicêntrica com um antidepressivo: maprotilina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72. N. 5, maio de 1976, p.561-566; SOUZA, Fábio de. Avaliação clínica e psicofarmacológica de um novo benzodiazepínico da série 1,5: clobazam. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 1, julho de 1978, p. 81-86; LIMA, M.B.C. et al. A utilização do tacital (CIBA 30'803-Ba) em pacientes de clínica médica. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 62, n. 1, janeiro de 1971, p. 89-102; CAMPOS, João de Souza; José Anchieta C. Delgado. A amoxapina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 1, julho de 1978. P. 87-90; PAPROCKI, Jorge; PEIXOTO, Maria P. Barcala. Double-blind, between effect of maprotiline in comparison with imipramine. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 68, n. 6. Julho de 1974, 611-618;TRALDI, Sérgio. Medida da ação antidepressiva: análise de escalas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 71, n. 1, julho de 1975, p.97-100; FERREIRA, Ivo. Medida da ação ansiolítica: análise das escalas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 71, n. 1., julho de 1975, p. 93-96; PAPROCKY, Jorge. Comparative study of a combination of a benzodiazepine with na antidepressive agente and each of the two drugs. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 73, n1, julho de 1971, p. 117-138; CAMPOS, João de Souza et. al. Estudo duplo-cego comparativo entre amoxapine e imipramina no tratamento da depressão. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 2, agosto de 1977, p. 153-159.

²⁹ Esses casos encontram-se nos seguintes documentos: ARRUDA, Elso. et.al. A iproniazida em Psiquiatria. **O Hospital**. Rio de Janeiro, V.56, n.2, p. agosto de 1959, p. 66-81; MARROCO, Paulo; GRALHA, Winston. Ensaio clínico com um novo psicofármaco: primozide (R 6238). III –

objetivos sobre medicamentos concomitantes ao tratamento em estudo, terapêuticas anteriores, peso, pressão arterial, temperatura do corpo, sintomas antes e depois do início da medicação.

Nos dados informados nas tabelas e referentes aos pacientes envolvidos nos experimentos com as novas drogas, pudemos observar que a maioria deles é do sexo feminino, com idade média entre 30 e 39 anos, de classe média e média baixa, com escolaridade primária, casadas e identificadas como “domésticas”, o que acreditamos seja um termo da época para designar mulheres que só trabalhavam em casa. São pacientes de ambulatório, em sua maioria, e que já tinham passado antes por outros tratamentos psicofarmacoterápicos orientados por clínicos gerais. Chegam ao consultório dos psiquiatras quando o estado de tensão, ansiedade, depressão e angústia já tinha atingido o limite do tolerável, interferindo nas relações familiares e sociais – ou seja, quando essas mulheres já não conseguiam dar conta de suas “obrigações” como esposas, mães e membros da sociedade.

Percebemos com isso que a administração de psicofármacos não estava concentrada nas mãos dos psiquiatras: se disseminava nos consultórios das clínicas públicas e privadas de saúde mediante a ação dos clínicos gerais ou médicos de atenção primária. Parece-nos que esse fato incomodava, até certo ponto, os psiquiatras, uma vez que costumam afirmar nos artigos analisados que muitos dos casos de depressão neurótica que chegavam até seus consultórios já tinham passado por vários clínicos gerais e por vários medicamentos, sem que o problema tivesse sido resolvido, aliás, piorando o quadro. Talvez por isso a preocupação dos pesquisadores em orientar os clínicos gerais a respeito das classificações existentes sobre os medicamentos psicoativos e para qual caso cada categoria era indicada, sendo essa mais uma das características observadas nos estudos da década de 1970³⁰.

Aspectos psicodinâmicos com um novo neuroléptico. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 63, n. 3, dezembro de 1971. p.905-912; LINARDI, L.M. Contribuição ao estudo de um novo psicotrópico (Oxazepam WY-3498) como coadjuvante em psicoterapia. **A Folha Médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 53, n.6, 1966, p. 949-56.

³⁰ Notadamente: SOUZA, Fábio de. Alguns aspectos da atual psicofarmacoterapia antidepressiva. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 74, n. 4, abril de 1977, p. 443-457; COSTEIRA, Osiris; PESSOA, Miguel F. Farmacologia geral e reavaliação clínica de um novo grupo ansiolítico (SK&F 14.336 – Clomacran. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72, n. 3, março de 1976, p. 317-328; MARTINS, F.B. Os medicamentos ansiolíticos em medicina psicossomática. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 67, n. 4, outubro de 1973, p. 703-720; SOUZA, Fábio de. Ingresso de um novo membro (WY-4036) na série 1,4 – benzodiazepínica – (I – atualização psicofarmacológica). **A folha**

Permanece nesses artigos a alusão à modernidade e aos desafios que ela trouxe ao nosso psiquismo, entre eles, o “flagelo da angústia” tal qual é mencionado em um dos artigos. A ansiedade, o stress, a angústia e a depressão, bem como os sintomas a eles associados – taquicardia, anorexia, obesidade, insônia, problemas gastrointestinais, enxaquecas, falta de libido, boca seca, sensação de sufocamento, entre outros - são considerados noxias emotivas, manifestações somático-psíquicas de um organismo em desequilíbrio, doente.

Chega-se a mencionar que decorrem do ritmo acelerado da vida nas grandes cidades, dos desajustes entre os cônjuges em um matrimônio fracassado, do acúmulo dos afazeres domésticos ou do acúmulo de trabalho e tarefas e até da ambição desenfreada e falta de amor entre as pessoas. No entanto, quem está doente é o paciente que manifesta o quadro de ansiedade, tensão, angústia, depressão, e não o mundo.

Diante desse quadro assustador e aparentemente sem saída, a terapia química é apresentada por esses estudiosos como uma das maiores contribuições da ciência para o progresso humano, a saída possível para que as pessoas possam continuar desenvolvendo suas tarefas, seja no ambiente doméstico seja profissional; cumprindo com os deveres que delas são esperados socialmente – que a mãe exerça o papel de mãe, que o pai exerça a função de chefe do lar, de provedor incansável; que as crianças tenham um comportamento adequado na escola e aprendam aquilo que lhes é ensinado sem contestar. A depressão, a ansiedade, a angústia representam o perigo da inadequação profissional, familiar e sexual, enquanto que a farmacoterapia representaria a possibilidade de colocar tudo novamente nos eixos, cada peça no seu lugar, cumprindo a função que dela se esperava socialmente.

Há ainda que se destacar que em alguns artigos é presente a menção ao quanto a psicofarmacoterapia teria humanizado o tratamento dos portadores de transtornos mentais, permitindo, ao mesmo tempo, que pacientes outrora internados em manicômios, pudessem retornar ao seio familiar e social e beneficiando

médica. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, vol. 64, n. 4, abril de 1972, p. 859-881; LESSA, L.M., et. al. Um modelo possível de pesquisa ansiolítica em função do lorazepam (Wy-4036). **A folha médica.** Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 66, n. 2, fevereiro de 1973, p. 379-389.p.378; MADALENA, José Caruso. O ‘Approach’ reflexológico da ação das drogas psicotrópicas. **A folha médica.** Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 63, n. 2, agosto de 1971. p.221-228.

inúmeros outros indivíduos, que não tinham transtornos mentais graves mas que “padeciam” com noxias emotivas³¹.

A relação médico-paciente é tratada de forma ambivalente. Enquanto alguns autores consideram que o sucesso da psicofarmacoterapia estaria vinculado à concomitante psicoterapia, outros acreditam que o envolvimento entre médicos e pacientes em experimentos com drogas psicoativas poderia comprometer a abordagem científica, não apenas porque o médico poderia funcionar como um placebo para os doentes, mas porque prejudicaria a análise objetiva dos dados psíquicos³².

Temos ainda nesse período estudos fazendo sínteses e conclusões parciais sobre a “evolução” da moderna psicofarmacologia passadas duas décadas desde a descoberta da clorpromazina³³. Entre todos os textos estudados, apenas um faz menção aos efeitos reversíveis e irreversíveis ao sistema nervoso central pelo uso prolongado de neurolépticos. Dentre esses efeitos, destaca as pesquisas sobre a relação entre o uso prolongado de neurolépticos e o desenvolvimento da síndrome de Parkinson³⁴.

Avançamos para a análise de artigos publicados em revistas médicas nacionais sobre o emprego de um antidepressivo descoberto na década de 1970 e que

³¹ Entre os artigos analisados, destaca-se em relação a esse tema: COSTEIRA, Osiris; PESSOA, Miguel F. Farmacologia geral e reavaliação clínica de um novo grupo ansiolítico (SK&F 14.336 – Clomacran. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72, n. 3, março de 1976, p. 317-328.

³² A esse respeito, foram considerados os seguintes documentos: LIMA, M.B.C. et al. A utilização do tacital (CIBA 30'803-Ba) em pacientes de clínica médica. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Científica, Vol. 62, n. 1, janeiro de 1971, p. 89-102; MARROCO, Paulo; GRALHA, Winston. Ensaio clínico com um novo psicofármaco: primozide (R 6238). III – Aspectos psicodinâmicos com um novo neuroléptico. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 63, n. 3, dezembro de 1971. p.905-912.

³³ LESSA, L.M., et. al. Um modelo possível de pesquisa ansiolítica em função do lorazepam (Wy-4036). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 66, n. 2, fevereiro de 1973, p. 379-389.p.378; MADALENA, José Caruso. A psicofarmacologia na terapêutica psiquiátrica. Ensaio de um confronto entre a quimioterapia e os métodos biológicos pelos períodos de remissão de esquizofrênicos re-hospitalizados. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 2, n. 1, janeiro de 1966. P. 31-38; MADALENA, José Caruso. O 'Approach' reflexológico da ação das drogas psicotrópicas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 63, n. 2, agosto de 1971. p.221-228; COSTEIRA, Osiris; PESSOA, Miguel F. Farmacologia geral e reavaliação clínica de um novo grupo ansiolítico - SK&F 14.336 – Clomacran. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72, n. 3, março de 1976, p. 317-328; SOUZA, Fábio de. Avaliação clínica e psicofarmacológica de um novo benzodiazepínico da série 1,5: clobazam. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 1, julho de 1978, p. 81-86; SOUZA, Fábio de. Farmacologia e espectro de ação clínico-psiquiátrica dos novos neurolépticos dibenzodiazepínicos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.75, n. 1, Julho de 1977, p.65-72.

³⁴ Trata-se do seguinte artigo: KARNIOL, I.G. Efeitos colaterais nos neurolépticos no sistema nervoso central. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 3, setembro de 1977, p. 379-383.

começou a ser comercializado no final da década de 1980: o Cloridrato de Fluoxetina (nome comercial nos Estados Unidos: Prozac).

No final da década de 1980 e início da década seguinte, com o advento dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) o “problema” da angústia, da inadaptação social e da tristeza parecia definitivamente resolvido: com a serotonina permanecendo mais tempo entre as sinapses seria muito mais difícil sentir-se triste. Parece que não se tratava apenas de aplacar a tristeza e a angústia, mas produzir felicidade, ainda que artificialmente. A chamada segunda geração de antidepressivos atrai o interesse de psiquiatras brasileiros, como demonstram alguns artigos publicados entre 1990 e 1991, logo na sequência dos estudos sobre o psicofármaco nos Estados Unidos.³⁵

Dez anos depois, já podemos encontrar textos versando sobre efeitos colaterais imprevistos relacionados ao longo uso de fluoxetina: pacientes queixando-se da dificuldade em chorar. Simplesmente, não conseguiam mais externar, expressar emoções tristes, mesmo quando a situação assim exigia. A fluoxetina os impedia de sentir tristeza, e isso passa a ser problematizado nos artigos publicados a partir de 2001.

No quarto capítulo, buscamos problematizar alguns aspectos em períodos distintos da história da psicofarmacologia da depressão e ansiedade, conforme nos pareceu. Se na década de 1960 buscava-se, mediante a administração de antidepressivos tricíclicos aplacar a tristeza, na década de 1970 o tema que mais se destaca nos artigos estudados é a neurose de angústia, ou ainda, a ansiedade e a depressão ansiosa. Não é à toa que entre os inúmeros ensaios clínicos publicados nesse período a maioria versa sobre o emprego de benzodiazepínicos, que atuam como ansiolíticos. No entanto, nos artigos publicados entre o final da década de 1970 e o início da década de 1980, já se comentava sobre os efeitos no sistema nervoso central e neurovegetativo relacionados ao uso prolongado de neurolépticos, por exemplo. Alguns deles, irreversíveis, chegando alguns estudiosos mesmo ao ponto de afirmar que não havia a clareza absoluta, no meio psiquiátrico, sobre o mecanismo de ação de algumas substâncias psicoativas no sistema nervoso nem sobre seus efeitos após um uso prolongado.

³⁵ Dentre esses artigos, selecionamos o seguinte documento para a nossa análise: BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.. 40, n. 3, 1991, p.133-136.

Havia porém uma única certeza: essas drogas não resolviam os problemas relacionados aos transtornos mentais, apenas suavizavam seus efeitos sociais e propiciavam um tratamento mais humanizado dos indivíduos afetados. A defesa do tratamento psicofarmacológico ao longo da década de 1970 e início de 1980 se dá concomitantemente a um movimento pelo tratamento em regime comunitário e o paulatino abandono do internamento hospitalar para casos crônicos, porém, controláveis farmacologicamente de transtornos mentais.

Num terceiro momento, com a descoberta e disseminação da Fluoxetina, observamos a administração de um antidepressivo para um número cada vez maior de pessoas considerando, por um lado, o caráter simbólico que medicamentos antidepressivos e ansiolíticos passam a representar no imaginário dos pacientes-consumidores (a associação da droga a uma “pílula da felicidade” lícita e legalizada pelo saber médico) e por outro, de que maneira o aumento da administração e consumo desse tipo de medicamentos pode ser considerado como parte de uma utopia que vem ganhando força nos últimos trinta anos: a de se atingir uma saúde perfeita (tanto de mente quanto de corpo), questionando até que ponto, segundo qual perspectiva e com quais interesses a tristeza pode ser considerada doença.

Finalmente, encerramos a tese debatendo os conceitos de normal e patológico mediante o estudo da obra de Georges Canguilhem³⁶ e, mediante a retomada do conceito de biopolítica de Michel Foucault, questionamos até que ponto a medicalização dos afetos não constitui uma forma de aplacar e disciplinar a diferença representada pela tristeza persistente, e essa, enquanto distonia a uma determinada concepção de saúde mental, uma resistência ao projeto de governo de nossos afetos representado pelo saber psiquiátrico.

³⁶ CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

PARTE I – A APROPRIAÇÃO DA MELANCOLIA PELA PSIQUIATRIA

1 MELANCOLIA: DE DISTIMIA À AFECÇÃO MENTAL

1.1 DA DISTIMIA À ATARAXIA

Dentre as primeiras teorizações ocidentais relacionadas à tentativa de definir e explicar as causas de um estado de ânimo triste está o conceito de *distimia* relacionado ao pensamento do filósofo grego Demócrito de Abdera (460-370 a.C) em obra intitulada “Do bom ânimo”³⁷

No texto em questão, Demócrito teoriza sobre o que seria e como atingir um estado de ânimo moderado, um ponto equidistante entre o ânimo excessivo e o desânimo, situando-o em uma vida mediada entre o prazer e o desprazer, entre as coisas que faltam e as que sobram, uma vida comedida:

O prazer e o desprazer são o limite das coisas (vantajosas e desvantajosas). O melhor para o homem é levar a vida com o máximo de ânimo e o mínimo de desânimo. Isso aconteceria se não se baseassem os prazeres nas coisas mortais. Para os homens o bom ânimo vem a existir com a moderação de alegria e comedimento de vida...³⁸

Para o filósofo, almas que oscilam entre pontos extremos, não são estáveis nem animosas, sobretudo, em função de sua comoção frente às coisas que faltam e às coisas que sobram. A felicidade (*eudaimonía*) é o objeto central da ética em Demócrito, e está associada ao equilíbrio (*symmetría*).. Para atingir essa *symmetría* e, portanto, a felicidade, há a necessidade de uma reflexão constante (sendo a reflexão o movimento dos átomos no corpo, segundo Demócrito) do homem em relação a si e em relação aos que com ele convivem na polis, visto que para o pensamento grego dessa época o indivíduo é, também, a cidade.

³⁷Demócrito (460-370 a.C) é comumente associado à sistematização do atomismo grego, doutrina desenvolvida originalmente por Leucipo, do qual foi discípulo e sucessor na direção da escola de Abdera. Comentado por Aristóteles e citado por biógrafos e eruditos dos séculos I, II e III (como Cícero, Diógenes Laércio e Plutarco) e principalmente por Estobeu (século VI), Demócrito teria deixado, segundo Diógenes Laércio, em torno de noventa obras, sobre temas que iam da matemática à música, filosofia da natureza e ética. Desse montante, no entanto, restaram apenas fragmentos de algumas delas, dentre as quais: “Pequena ordem do mundo”, “Da forma”, “Do entendimento” “Preceitos” e “Do bom ânimo”, entre outras. Alguns estudiosos acreditam ser difícil definir quais dessas obras são de autoria de Demócrito e quais seriam como que textos que sintetizariam aspectos gerais da doutrina da escola de Abdera – escrito por seus discípulos - ou de autoria de Leucipo. Para nosso estudo, selecionamos fragmentos da obra intitulada “Do bom ânimo” preservados na compilação feita por Estobeu.

³⁸DEMÓCRITO. **Do bom ânimo**. In: PRÉ-SOCRÁTICOS. São Paulo: Nova Cultural, 1996, p. 22. (Os Pensadores).

Segundo Demócrito, o pensamento deve satisfazer-se com que tem à mão, concebendo aquilo que possui como suficiente, sem voltar-se para a vida dos que são invejados ou admirados. Grande parte dos sofrimentos da alma advém do fato de se desejar mais do que se tem, comparando a própria vida com a de outros que parecem desfrutar de prazeres maiores, em virtude de possuírem mais bens. Ao invés disso, comparar a própria vida com a dos que vivem piores, e assim, ter o ânimo recobrado, pensando em quanto a própria vida e condição são favoráveis.³⁹ Tendo por preceito tais ensinamentos, afirma Demócrito, não só é possível viver com bom ânimo como também manter longe de si “maldições” como a inveja, a animosidade e a malevolência.

O bom ânimo é associado a viver a vida segundo as próprias forças, não se lançando a realizar demasiadamente coisas – no âmbito público ou particular – que estejam além da própria natureza. É necessário saber renunciar ao excesso, ainda que a sorte pareça conduzir a ele, pois o bom ânimo vincula-se a uma plenitude razoável mais do que a uma superplenitude.⁴⁰

No texto “Do bom ânimo”, portanto, deslinda-se o conceito de *euthymia*, (em grego, eu = normal, thymós⁴¹ = energia vital, humor, ânimo), como designação para um ânimo equilibrado, nem tomado pela excessiva tristeza (a *distimia*, ou humor baixo) nem pela euforia intensa (*hipomania* ou humor excessivamente elevado).

É possível perceber uma associação entre o bom ânimo em Demócrito e uma vida moderada, estável e consciente em relação aos perigos representados pelos excessos. O envolvimento com muitas coisas - que sobrecarregam o corpo e

³⁹ Id.

⁴⁰ Id.

⁴¹ A palavra *thymós*, de origem grega (θυμός), aparece nos poemas épicos atribuídos à Homero (Ilíada e Odisseia) muitas vezes como sinônimo de *psykhé* (ψυχή). Apesar de ambos poderem ser traduzidos como alma, adquirem conotações diferentes no contexto da obra homérica e no pensamento grego subsequente. *Psykhé* estaria mais relacionada à alma enquanto aquilo que acompanha o homem ao longo de sua vida mas que se distingue no momento de sua morte: é o que se desprende do corpo e se encaminha ao Hades, o reino dos mortos. É algo que se revelaria quando da morte do homem e não ao longo da sua vida. Já o termo *thymós*, muitas vezes traduzido como alma mas também como coração, estaria ligado à força, à vontade, ao ânimo, à capacidade de sentir e de agir do ser humano. Entendido ainda como sede das decisões, dos impulsos voluntários, da inteligência. Essa compreensão se coaduna com a compreensão da antiga medicina grega de que os órgãos eram os responsáveis pelas funções psíquicas e dos movimentos afetivos. Do peito e dos órgãos que ele abriga viriam os sentimentos, os afetos, a força, a coragem, o ânimo. *Distimia* pode, dessa forma, ser compreendida como ausência de ânimo, ausência de coragem, falta de ímpeto diante da vida (a esse respeito ver: SILVA, Bruna Moraes da. *Thymós e psykhé nas obras homéricas. Núcleo de estudos da antiguidade*. I Congresso internacional de religião mito e magia no mundo antigo & IX fórum de debates em história antiga 2010. Rio de Janeiro, UFRJ, 2010, p. 57-67).

atormetam a alma - , o viver em função dos prazeres do corpo, buscando-os sempre mais ou ter o pensamento fixo nos bens materiais, sofrendo por não ter a vida dos que são admirados, indicam uma alma que é atormetada por sentimentos como a inveja e a cobiça.⁴² Portanto, prevalece nesse pensamento uma origem moral e até mesmo social – e não física - dos males que desequilibram o ânimo e atormetam a alma, levando-a a um estado de ânimo baixo, triste: a distímia. A relação entre o indivíduo e o contexto em que vive, como afeta e é afetado por ele adquire uma proporção crucial na conquista da eutímia.

A pretensão de dissertar sobre o que seria um estado equilibrado de ânimo e como atingi-lo é também presente no pensamento dos filósofos do período helenístico, situado entre o século IV a.C e o primeiro século da era cristã. Marcado pela dissolução da polis e pela ascensão e queda do império macedônico, esse contexto é caracterizado ainda pelo declínio dos grandes sistemas filosóficos.

Sem ambições metafísicas e sem a pretensão de preparar o indivíduo para a vida política, as maiores tendências teóricas do período – epicurismo e estoicismo – embora busquem elaborar tratados sobre física e lógica, têm como aspecto central de seu discurso a ética. E sendo esta reduzida a uma função prática: os textos focam a problemática de como o homem pode estar bem consigo mesmo e por si mesmo, desvencilhando-se das coisas que sobrecarregam o corpo e abalam a mente.

A questão que se coloca pelo pensamento filosófico greco-latino desse período, também denominado ético, é a busca da serenidade, da *ataraxia*:

As novas condições impostas ao mundo grego tornam impossível a participação do indivíduo no governo da polis, que o cidadão helênico conhecera sobretudo na fase democrática. O conhecimento deixa de ser preparação para a atividade política (como fora em Platão), passando a se ocupar do aprimoramento interior do homem. Distanciada das preocupações políticas, a filosofia aspira ao estabelecimento de normas universais para a conduta humana e se propõe a dirigir as consciências: o problema ético torna-se o centro da especulação de diferentes, correntes filosóficas. As éticas helenísticas partem à procura do bem individual, de uma sabedoria que represente a plenitude da realização subjetiva: o alcance da perfeita serenidade interior, independente das circunstâncias. O bem não mais terá o sentido metafísico do Bem de Platão, fundamento das idéias, dos modelos do mundo corpóreo, e, conseqüentemente [sic], sustentação tanto do sujeito do conhecimento e da ação quanto da própria realidade objetiva. O bem das éticas helenísticas terá acepção estritamente

⁴² Id.

existencial: é o bem como sinônimo do que é bom para o indivíduo, para a vida de cada homem.⁴³

O termo *ataraxia* (*a* = sem; *tarassein* = perturbar, movimentar) pode ser traduzido como “sem movimentação” ou “imperturbabilidade”. Durante o Período Helenístico o termo é introduzido com Epicuro (341 a 270 a.C), cuja filosofia apregoava a *ataraxia* como estratégia para uma vida agradável. Na obra de Epicuro, a serenidade está associada ao sentir-se bem, evitando situações de desprazer, dolorosas e tristes, e buscando o prazer, não necessariamente o prazer da saciedade dos apetites do corpo – vistos como efêmeros e viciantes – mas sobretudo o prazer do conhecimento, da contemplação estética e da amizade. A prudência como a origem de todas as virtudes e da serenidade:

Não são os convites e as festas contínuas, nem a posse de meninos ou de mulheres, nem de peixes, nem de todas as outras coisas que pode oferecer uma suntuosa mesa, que tornam agradável a vida, mas sim o sóbrio raciocínio que procura as causas de toda a escolha e de toda a repulsa e põe de lado as opiniões que motivam que a maior perturbação se apodere dos espíritos. De todas estas coisas, o princípio e o maior bem é a prudência, da qual nascem todas as outras virtudes; ela nos ensina que não é possível viver agradavelmente sem sabedoria, beleza e justiça, nem possuir sabedoria, beleza e justiça sem doçura. As virtudes encontram-se por sua natureza ligadas à vida feliz, e a vida feliz é inseparável delas.⁴⁴

Essa busca parte de dentro para fora, mediante a conquista da *autarquia* – comandar-se, bastar-se a si próprio. Pois, segundo Epicuro, àquele a quem o pouco não basta, nada basta:

E consideramos um grande bem o bastar-se a si próprio, não com o fim de possuir sempre pouco, mas para nos contentarmos com pouco no caso em que não possuamos muito, legitimamente persuadidos de que desfrutam da abundância do modo mais agradável aqueles [sic] que menos necessidades têm, e que é fácil tudo o que a natureza quer e difícil o que é vaidade. (...) Encontro-me cheio de prazer corpóreo quando vivo a pão e água e cuspo sobre os prazeres da luxúria, não por si próprios, mas pelos inconvenientes que os acompanham. (...) A quem não basta pouco, nada basta.⁴⁵

⁴³ EPICURO, LUCRÉCIO, CÍCERO, SÊNECA, MARCO AURÉLIO. **Antologia de textos**. Traduções e notas de Agostinho da Silva ... [et al.] ; estudos introdutórios de E. Joyau e G. Ribbeck. 3. ed. São Paulo : Abril Cultural, 1985. P. 9. (Os pensadores)

⁴⁴ Ibid., p.60.

⁴⁵ Ibid., p.59.

Dentre os sistemas de pensamento do período helenístico, é com os *estoicos*, notadamente na obra do senador romano Sêneca⁴⁶ (4-65), que a ataraxia se consolida como preceito teórico e ético fundamental.

Em sua obra “Da tranquilidade da alma”⁴⁷, Sêneca destaca como um dos grandes projetos da sua filosofia a conquista da serenidade, da tranquilidade da alma, entendida como uma indiferença perante o meio. Ataraxia aqui é enquanto manutenção da paz interior, como um ideal constante a ser atingido pela alma que, alheia ao apelo das paixões e impassível diante das emoções, mantém-se sob o domínio da razão e, conseqüentemente, em uníssono com o mundo⁴⁸ e deste modo, tranquila, sempre no mesmo ritmo. Notemos que Sêneca faz referência ao conceito de eutímia de Demócrito:

⁴⁶ Lúcio Aneu Sêneca nasceu na Espanha (Córdoba) mas em sua juventude foi estudar Direito em Roma. Ascendeu ao cargo de Senador e teve grande destaque como político, chegando a ser preceptor de Nero (37-68) aos 26 anos. Futuramente, quando este se tornou imperador, Sêneca continuou na corte, agora como seu conselheiro. Desenvolveu uma abordagem prática da filosofia compreendendo basicamente questões relacionadas à Ética, com vistas a direcionar o pensamento filosófico na direção de um “viver bem”, com tranquilidade e em uníssono com a natureza racional do cosmos. Em um discurso no foro, quando contava com 44 anos, manifestou-se contrário à instituição da escravidão, incitando a ira do então imperador Calígula que decidiu condená-lo à morte. O filósofo foi salvo por uma das amantes do imperador a qual argumentou que Sêneca tinha uma saúde frágil e não viveria muito. No ano 62 da nossa era, já à serviço de Nero, pediu permissão para afastar-se da corte para dedicar-se aos seus estudos filosóficos. Sob uma falsa acusação de traição contra o imperador, Sêneca é condenado à morte através do suicídio. Sendo ele mesmo um defensor dessa prática, sua morte no entanto foi uma lenta agonia, tal qual descreveu Tácito. Não conseguindo morrer de hemorragia após cortar a veia do pé, pediu um banho quente para apressar o sangramento não sem antes lembrar-se de um texto e solicitar a presença do seu secretário para anotá-lo ditado. E a morte não vinha. Por fim, decidiu, como Sócrates, pela cicuta. A vida assim, esvaía-se lentamente, tal como sua escrita. A fonte principal acerca desse enredo são os *Anais* do historiador romano Cornelio Tácito (56-120), livro XV, capítulos 60-64. (TACITUS. **Annals**. [S.L]: The Loeb Classical Library, 1937. Disponível em: http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E/Roman/Texts/Tacitus/Annals/15C*.html. Acesso em: 21/04/15).

⁴⁷ SÊNECA. **Da tranquilidade da alma**. Tradução de Lúcia Sá Rabello e Ellen Itanajara Neves Vranas. Porto Alegre: L&PM, 2009.

⁴⁸ Segundo a cosmologia estoica, o mundo é regido por leis a ele imanentes, que se originaram com ele e que com ele irão sucumbir. Essas leis são racionais e determinam, de certa forma, todos os processos existentes, incluindo-se aí a vida humana. Nada que o homem venha a fazer poderá mudar a dinâmica dessas leis, de modo que o que lhe resta é viver de modo mais racional possível –sempre igual e no mesmo ritmo, em uníssono com o mundo – e, assim, ao evitar as emoções – provenientes das sensações, dos apetites, dos vícios – evita também o sofrimento. A ataraxia não é a felicidade, é a tranquilidade, é o não abalar-se, não inquietar-se.

O que tu queres, pois, é grande, de máxima importância e próximo de um deus: não ser abalado. Os gregos chamam a este estado estável da alma de *eutymia* [grifos no original], sobre tal tema existe uma excelente obra de Demócrito. Eu o chamo de tranquilidade. (...) Portanto, investiguemos de que modo a alma deverá prosseguir sempre de modo igual e no mesmo ritmo. Ou seja, estar em paz consigo mesmo, e que essa alegria não se interrompa, mas permaneça em estado plácido, sem elevar-se, sem abater-se; A isso eu chamo tranquilidade...⁴⁹

Apesar das especificidades do conceito de imperturbabilidade da alma ou ataraxia em Sêneca em relação ao conceito de *euthymia* presente na obra do filósofo grego Demócrito, da mesma forma que o filósofo de Abdera, Sêneca relaciona a fatores externos as principais causas das perturbações da alma: o viver em sociedade, o preocupar-se com o que os outros dizem e pensam, a necessidade de se afirmar publicamente, a vida de aparências, por exemplo, constituíram elementos de perturbação, de agitação. O contexto tem importância fundamental na desestabilização do equilíbrio da alma. Mas cabe ao homem e só a ele, manter-se alheio a isto tudo e, dessa forma, atingir um estado de ânimo constantemente equilibrado.

A estratégia seria praticar a indiferença perante o meio. Encontrar uma espécie de justo meio entre o humor excessivamente alegre e a tristeza profunda: a impassibilidade da alma diante das emoções, quaisquer que fossem elas. Um não se abalar, como aconselha Sêneca, por metas inatingíveis e um saber recolher-se em si mesmo, sem evitar estar com os outros, mas também sem se importar se o comportamento individual é ou não agradável:

Também causa preocupação o fato de alguém tomar atitudes que não demonstram aos outros o que cada um é realmente. Assim, é ávida de muitos, falsa e pronta para a ostentação. De fato, o constante autocontrole atormenta tanto quanto o receio de ser pego num papel diverso daquele que esta acostumado a representar (...) Faz-se necessário muito recolhimento para dentro de si próprio. O contato com aqueles que são de outro nível atinge nosso equilíbrio, renova paixões e excita debilidades latentes e tudo o que não esteja bem curado. Solidão e companhia devem ser mescladas e alternadas. Esta desperta o desejo de viver entre os homens, aquela, conosco mesmos. Portanto, uma é remédio para outra. A solidão irá curar aversão da multidão, e a multidão, o tédio da solidão...⁵⁰

Em que pesem os esforços dos filósofos do período clássico e helenístico em tentar entender as causas do desânimo e os caminhos para se atingir a imperturbabilidade da alma, é do conjunto da obra relacionada a um médico e à tradição por ele influenciada, que advém o termo que durante séculos prevaleceu no

⁴⁹ SÊNECA. Op.Cit., p. 41.

⁵⁰ Ibid., p. 82.

pensamento ocidental para designar um estado de ânimo triste: o termo melancolia, proveniente da obra de Hipócrates de Cós⁵¹.

1.2 A TRADIÇÃO HIPOCRÁTICO-GALÊNICA: MELANCOLIA, ENTRE OS HUMORES E OS ESPÍRITOS ANIMAIS

Contemporâneo de Demócrito, o médico grego Hipócrates de Cós (c.a 460 a.C a 377-370 a.C)⁵² é considerado o criador do termo melancolia para designar um estado de ânimo tomado pela tristeza, desejo de morte e desinteresse generalizado pela vida. Diferentemente de Demócrito, que atribui importância ao contexto, Hipócrates atribui a um fator interno – o desequilíbrio dos humores – a causa principal desse estado.

Em livro intitulado “*Das doenças*” a tradição hipocrática relaciona as mesmas aos desequilíbrios dos “humores” (*khymós*, em grego) fundamentais: sangue, fleugma, bile amarela e, mais tarde, no “*Tratado da natureza do homem*”, a estes é associada a bile negra⁵³.

No *Corpus Hippocraticum* esses humores estariam relacionados aos elementos da natureza e às suas qualidades, bem como às fases da vida e aos principais tipos de temperamentos humanos - o sanguíneo, o fleumático, o bilioso ou colérico e o melancólico:

⁵¹ Segundo Regina Rebollo, a coleção dos tratados hipocráticos é na verdade uma elaboração coletiva realizada ao longo de vários anos por diferentes autores, compiladores e editores e que manifesta uma grande diversidade teórica e de orientação prática que não pode ser atribuída apenas a Hipócrates, mas a uma tradição que ficou marcada pelas ideias a ele relacionadas.⁵¹ Segundo essa tradição, o homem é um todo – corpo e alma – inserido em um meio. O conhecimento do corpo e, conseqüentemente, das doenças que o afligem, não pode se dar dissociado de uma compreensão de que constitui parte de uma unidade viva, regulada e harmonizada pela natureza de cada um. A esse respeito ver: REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientia Studia**. São Paulo, v. 4, n. 1, p 45-86, 2006.

⁵² Grande parte dos escritos sobre Hipócrates de Cós se perdeu e o pouco que sabemos sobre sua vida consta na obra de Sorano de Éfeso, cirurgião que viveu no século II da nossa era. Natural de Cós, em sua juventude teria viajado e residido em várias cidades gregas, entre elas Atenas, na qual teve oportunidade de travar contato com o sofista Górgias e com o próprio Demócrito. Da obra atribuída a Hipócrates, destaca-se a compilação conhecida como *Corpus Hippocraticum*, um conjunto vasto e heterogêneo composto de 53 tratados apresentados em 72 livros, dos quais Emile Littré (1801-1881) considerou autêntico apenas 12, dentre os quais, destacam-se os “Aforismas” (que constituem uma síntese de sua doutrina) e “Juramentos”, que contém os princípios da chamada ética hipocrática.

⁵³ REZENDE, Joffre M. de. **À sombra do plátano**. São Paulo: UNIFESP, 2009. Disponível em: <http://www.jmrezende.com.br/humores.htm>. Acesso em: 06/07/14.

Elementos	qualidades	humores	Idades	estações	temperamentos
Ar	quente e úmido	sangue	Infância	primavera	sanguíneo
Fogo	quente e seco	bile amarela	Juventude	verão	bilioso/colérico
Terra	fria e seca	bile negra	maturidade	outono	melancólico/atrabíle
Água	fria e úmida	fleugma/pituíta	Velhice	inverno	fleumático

(Fonte: REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientia Studia**. São Paulo, v. 4, n. 1, p 45-86, 2006).

Os humores não seriam estados de ânimo, como hoje se compreende, mas substâncias físicas produzidas a partir da nossa dieta e cuja dinâmica em nosso organismo seria responsável tanto pelo seu equilíbrio (saúde) quanto desequilíbrio (doença). Teriam localizações específicas (fígado, cérebro, baço, estômago) consistências e aspectos diferenciados:

Segundo a doutrina dos quatro humores, o sangue é armazenado no fígado e levado ao coração, onde se aquece, sendo considerado quente e úmido; a fleuma, que compreende todas as secreções mucosas, provém do cérebro e é fria e úmida por natureza; a bile amarela é secretada pelo fígado e é quente e seca, enquanto a bile negra é produzida no baço e no estômago e é de natureza fria e seca.⁵⁴

A doutrina dos quatro humores interligava os processos orgânicos entre si, o corpo e a alma e explicava também a relação entre os indivíduos e o meio, visto que cada humor tinha um correspondente natural e cósmico:

A doutrina dos quatro humores encaixava-se perfeitamente na concepção filosófica da estrutura do universo. Estabeleceu-se uma correspondência entre os quatro humores com os quatro elementos (terra, ar, fogo e água), com as quatro qualidades (frio, quente, seco e úmido) e com as quatro estações do ano (inverno, primavera, verão e outono). O estado de saúde dependeria da exata proporção e da perfeita mistura dos quatro humores, que poderiam alterar-se por ação de causas externas ou internas. O excesso ou deficiência de qualquer dos humores, assim como o seu isolamento ou miscigenação inadequada, causariam as doenças com o seu cortejo sintomático.⁵⁵

É no *Corpus Hippocraticum*, mas, sobretudo, nos estudos do médico romano Galeno (séc. II), herdeiro da tradição hipocrática, que localizamos a associação entre desequilíbrios comportamentais/emocionais e os desequilíbrios humorais,

⁵⁴ Id.

⁵⁵ Id.

embora o conceito de humor hipocrático, como vimos, seja diferente do que se concebe atualmente. O acúmulo ou a falta de um dos quatro elementos dos humores em relação aos demais ocasionaria o predomínio de um tipo de comportamento.

O corpo do homem contém sangue, fleuma, bile amarela e negra; esta é a natureza do corpo, através da qual adoece e tem saúde. Tem saúde, precisamente quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa no corpo e não se une aos demais.⁵⁶

O termo melancolia tem suas origens nessa compreensão: “É da teoria da bÍlis negra que surgiu o termo melancolia – derivado do grego *melas* (negro) e *kholé* (bile), que corresponde à transliteração latina *melaina-kole*”.⁵⁷ Segundo essa interpretação, enquanto a mania estaria vinculada ao desequilíbrio da bile amarela, a melancolia seria desencadeada pelo desequilíbrio da bile negra ou pituita. A mania teria como predcados o delÍrio, crÔnico ou agudo e mais ou menos violento, e a melancolia teria como características essenciais o medo e a tristeza. Tanto a mania quanto a melancolia eram consideradas manifestações de desequilÍbrio humoral.

A melancolia seria uma espécie de *loucura triste*, estreitamente relacionada à bÍlis negra, produzida pelo baço (que é escuro) e caracterizada pela persistência por um tempo longo de sentimentos como o temor e a tristeza⁵⁸. Seria desencadeada por um desequilÍbrio humoral provocado por fatores internos (que nasciam com a pessoa, proveniente de seus pais) ou externos (um trauma ou perda sofrida).

É importante observar que, se na obra “Do bom ânimo” de Demócrito o desequilÍbrio do *thymos* teria causas fundamentalmente morais e sociais, no *Corpus Hippocraticum* essas causas poderiam ser externas ou internas. Se manifestada sem causa aparente, a melancolia seria endÓgena (tÍpica da pessoa) e exÓgena se ocasionada em virtude causas externas. Em que pese essa diferenciação, predomina no quadro melancÓlico, segundo o tratado hipocrático, o desejo de morte, a perda de interesse e de amor pela vida.⁵⁹

⁵⁶ HIPÓCRATES. **Da natureza do homem**. Apud. CAIRUS, H. F; RIBEIRO Jr., W. A. **Textos hipocráticos**. O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005,p. 39-59.

⁵⁷ TEIXEIRA, Marcos. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual, na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**. Assis, Vol 4, N. 1, 2005, p. 44.

⁵⁸ Id.

⁵⁹ Id.

Em relação aos fatores endógenos, a umidade no cérebro, provocada pelo desequilíbrio de um dos humores, seria a principal causa dos diferentes tipos de loucura, fosse ela mais agitada, como a mania, delirante ou mais tranquila, como a melancolia. Essa umidade provocaria seu deslocamento e, conseqüentemente, causaria distúrbios na percepção das coisas – transtornos visuais, auditivos e de compreensão - que explicariam as alucinações, a fala e o pensamento desconexo, bem como os delírios.⁶⁰

Herdeiro da tradição hipocrática, o médico romano Claudio Galeno (129-217), manifesta em suas obras a influência da teoria platônica sobre a tripartição da alma e concebe grande importância aos espíritos animais como responsáveis pela condução tanto dos processos físicos quanto psíquicos no organismo humano⁶¹. De acordo com Monducci:

Galeno tentou preservar a estrutura tríplice da alma, postulada por Platão e Aristóteles, para ajustá-la ao seu modelo médico, que se tornou uma síntese criativa e original de vários elementos herdados, incluindo os médicos alexandrinos e romanos, os céticos, os pirrônicos, estoicos [sic] e epicuristas. Em Galeno, a alma era composta por uma parte desiderativa, alojada no fígado, que criaria os espíritos naturais que seriam encarregados das funções vegetativas e estaria relacionada aos prazeres do corpo, da mesa e do vinho; uma alma irascível, alojada no coração e no pulmão e que através dos espíritos vitais teria a função de refrigerar e vivificar o corpo, permeando a liberdade, o poder, a honra e a vitória; e por fim, uma alma racional, alojada no cérebro e que através dos espíritos animais promoveria a sensibilidade, o movimento, o pensamento, o conhecimento e a verdade.⁶²

Segundo Galeno, o espírito natural era produzido no fígado, a partir dos nutrientes absorvidos nos intestinos. Do fígado seguia para o coração para transformar-se, no ventrículo esquerdo, em espírito vital. Pelas carótidas dirigia-se à *rete mirabile*, uma espécie de rede de vasos na base do crânio.

Nessa região, se combinava com o ar inspirado pelos pulmões formando o espírito animal, o qual, por sua vez, armazenava-se nos ventrículos cerebrais de

⁶⁰ PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 2001. P. 52.

⁶¹ “Platão (427-347 a.C) defendia uma visão dualística na qual a alma e o corpo eram fenômenos distintos¹¹. No *Timeu*¹², ele apresenta uma teoria tríplice da alma na qual ela era composta por uma alma concupiscente ou desiderativa, que ficava alojada no abdome em íntima interação com o fígado, o baço, o estômago e os intestinos. A alma concupiscente era afeita à nutrição e ao sexo e desejava os prazeres materiais que podiam induzir os homens à gula e à luxúria. No tórax, servindo-se do coração e do pulmão, existiria uma alma irascível que daria ensejo à esperança e a coragem, mas, também poderia ceder à cobiça e a cólera. Finalmente, na cabeça, existiria uma alma espiritual e imortal, como pensamento puro, a razão, o intelecto”. (MONDUCCI, David. **Thomas Willis e o de Anima Brutorum: uma análise da concepção de alma humana e animal**. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Universidade São Judas Tadeu. São Paulo: 2010, p. 9).

⁶² Ibid., p. 10.

onde se difundia por todo o cérebro. Nota-se, portanto, que o termo espírito animal denotava uma substância orgânica, uma mistura de líquido e ar, e que era considerada a fonte das atividades intelectuais. Além disso, poderia viajar através dos nervos - que na ⁶³época eram considerados estruturas ocas – provocando movimentos e mediando sensações.

A fisiologia de Galeno é determinada pela necessidade de produção dos espíritos naturais, vitais e animais (ou psíquicos), respectivamente responsáveis pela nutrição, refrigeração e vivificação corporal e pela sensibilidade, movimento e pensamento. O fígado é arché das veias e principal órgão no processo de sangüificação. O coração é fonte e sede do calor inato que, resfriado pelo ar que penetra nos pulmões, se espalha pelas artérias do corpo. O cérebro é arché dos nervos e o principal órgão da sensibilidade, do movimento e do pensamento, onde são formados os espíritos animais.⁶⁴

Do material produzido na *rete mirabile* processava-se também certa quantidade de refugo, em parte líquido, em parte gasoso. A parte gasosa escaparia pelos seios aéreos do crânio e pelas suturas existentes entre os ossos, e não era detectada pelos sentidos. Já a parte líquida, descia dos ventrículos anteriores para as lâminas crivosas dos ossos etmoides ou ainda, partiam do terceiro ventrículo para a fossa pituitária, de onde após atingir a cavidade nasal, era descartado como muco ou fleugma.

As disfunções físicas e psíquicas seriam fenômenos correlacionados entre si e influenciados por questões morais: é da relação que o homem tem com o meio, especialmente com os alimentos, que dependerá a saúde de seu corpo e da sua alma, visto que até os pensamentos e sentimentos são produzidos mediante substâncias – os espíritos animais – cuja origem seriam os espíritos naturais e os espíritos vitais, provenientes do processamento dos alimentos e do ar promovido pela alma desiderativa e irascível, como destaca Rebollo:

Os espíritos naturais são, assim, a base dos espíritos vitais e dos espíritos animais. Como são elaborados a partir dos alimentos, estes determinam, em última instância, a qualidade e a natureza de tais espíritos, que consequentemente determinam a matéria do corpo e o estado da alma.(...) Uma vez que a alma racional deseja a verdade, o conhecimento e o entendimento; a alma irascível deseja a liberdade, a vitória, o poder e a honra; e a alma desiderativa deseja os prazeres do corpo, da mesa e do vinho, tais desejos são compreendidos como uma capacidade da alma que é produzida e sediada respectivamente

⁶³ REBOLLO, Regina Andrés. Galeno de Pérgamo (129-200 D.C.): A saúde da alma depende da saúde do corpo. **I Simpósio Internacional de Estudos Antigos/IV Seminário Internacional Archai**. A Saúde do homem e da cidade na Antiguidade Greco-Romana. Parque Natural do Caraça (MG), 2007.

⁶⁴ Ibid., p.10.

na cabeça, no coração e no fígado, logo, compartilha com tais órgãos o seu caráter material-qualitativo (quente/frio e seco/úmido). As partes mortais da alma, a irascível e a desiderativa, seriam essa própria mistura. (...)O objetivo de Galeno no DAC é antes de tudo pedagógico. Ele quer demonstrar a importância do regime de vida e da dieta para a boa conduta moral.⁶⁵

Sobressai-se, dessa forma, o conceito de *afecção*. O conceito, que permeia o conjunto da obra de Galeno, refere-se ao impacto que as paixões provocam na sede da alma racional: a forma como nossos pensamentos e comportamentos são afetados pelos apetites da alma desiderativa e pelos impulsos da alma irascível, numa clara alusão às concepções platônicas presentes, sobretudo, na obra *Timeu*:

Num outro tratado diretamente relacionado com o DAC, as paixões e os erros da alma, Galeno demonstra como os erros e as paixões da alma podem ser controlados. Ali, Galeno define a paixão ou a afecção como aquilo que resulta de um poder ou um impulso irracional em nós, como o medo, a raiva, a inveja e os desejos excessivos, originado nas duas almas irracionais, a apetitiva e a irascível.⁶⁶

Nota-se também a influência da concepção aristotélica de alma, como se pode perceber na síntese elaborada por Monducci:

PLATÃO	ARISTÓTELES	GALENO
ALMA ESPIRITUAL Cabeça Imortal, pensamento puro	ALMA RACIONAL própria dos homens Vida intelectual, vontade e pensamento	ALMA RACIONAL Cérebro ↴ Espíritos Animais Pensamento, vontade, movimento e sensibilidade
ALMA IRASCÍVEL Coração e Pulmão Coragem, esperança, cobiça, cólera	ALMA SENSITIVA própria dos animais Vida de relação, desejos, sensibilidade e motricidade	ALMA IRASCÍVEL Coração e Pulmão ↳Espíritos Vitais Liberdade, poder, honra e vitória refrigeração e vivificação corporal
ALMA CONCUPISCÍVEL Fígado, baço, estômago e intestino Nutrição e sexo	ALMA NUTRITIVA comum às plantas e aos animais Vida vegetativa, nutrição e geração	ALMA DESIDERATIVA Fígado ↴ Espíritos Naturais Prazeres do corpo, da mesa e do vinho. Nutrição do corpo

(Fonte: MONDUCCI, David. **Thomas Willis e o de Anima Brutorum**: uma análise da concepção de alma humana e animal. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Universidade São Judas Tadeu. São Paulo: 2010. P. 11)

⁶⁵ Ibid. p. 11-12.

⁶⁶ Ibid., p. 15;

Adepto da teoria hipocrática dos humores, para Galeno, as doenças agudas estariam relacionadas ou ao sangue ou à bile amarela enquanto as doenças crônicas estariam vinculadas ou à bile negra ou à fleugma. As glândulas atrabiliares e o baço (*spleen*) estariam vinculados à bile negra, por isso, o médico utilizava não utilizava o termo melancolia e sim o termo *atrabilia* (do latim) do qual derivaram expressões como *humor atrabilioso* ou *sangue atrabilioso*. Este não se concentraria sempre e necessariamente no baço, mas em diferentes partes do corpo: no sangue, no cérebro ou no estômago, e conforme variava essa localização, se dava um tipo específico de humor atrabilioso. Independentemente do tipo, as características comuns a todos os melancólicos seriam a tristeza e o medo.⁶⁷

De qualquer maneira, uma disfunção dessa ordem tinha relação com a forma pela qual o meio afetava o indivíduo. Ainda que se possa reconhecer em Galeno a influência dos processos orgânicos nos processos mentais e, ainda mais, que a própria constituição dos processos psíquicos fosse compreendida como de origem orgânica, concebia papel preponderante à alma racional: são as nossas escolhas que, em última instância, definem se seremos ou não afetados pelo meio.

A relação entre *afecção mental* e *afeto* como algo central para se compreender processos psíquicos como a melancolia e a mania, permanecerá influente nos saberes sobre a mente até meados do século XIX, como se verá mais adiante.

Já a doutrina de localização ventricular dos processos mentais, de origem galênica, passou a ser questionada desde meados do século XVI. Um dos principais responsáveis foi Andreas Vesalius (1514-1546). Em sua obra “*De Humani Corporis Fabrica*” negava o fato de que os ventrículos fossem a origem dos processos mentais, argumentando que outros mamíferos apresentavam semelhante configuração anatômica sem possuírem as mesmas capacidades intelectuais que os humanos. Destarte, não descartava a teoria de que os espíritos animais eram armazenados nos ventrículos cerebrais, região de onde partiam para, através dos nervos, atingir os órgãos do movimento e sensoriais.

O filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650) afirmou, no século seguinte, que a glândula pineal era o local das atividades da alma, dentre outras razões pelo fato de ser ímpar e por estar situada próxima ao centro do

⁶⁷ RADDEN, Jennifer. **Is this dame melancholy?** Equating today's depression and past melancholy. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. V. 10, Number 1, March. 2003. P. 37-52.

cérebro, diferentemente de outras estruturas cerebrais, que são bilaterais. De acordo com Descartes, as partículas mais ativas e rápidas do sangue seriam conduzidas através das artérias do coração para o cérebro. Lá, se converteriam em uma espécie de vento sutil, ou ainda, uma chama pura e ativa: o espírito animal.⁶⁸

A pineal seria o “lugar” em que essas artérias se reuniriam, o centro de todo esse processo. Por meio de filamentos existentes nos nervos e que poderiam atuar como válvulas abrindo poros nesse mecanismo, fluíam os espíritos animais. Os estímulos sensoriais excitariam esses filamentos, provocando respostas reflexas sob a forma de contrações. Da mesma forma, os movimentos musculares eram explicados pela ação desses “espíritos animais”: partindo do cérebro, percorriam os nervos até chegar aos músculos que seriam inflados por sua ação, provocando o movimento. A vontade também seria controlada pela pineal que atuaria de modo a regular o fluxo dos espíritos animais pelo corpo através dos nervos. De acordo com as formas pelas quais os poros seriam abertos se dariam as sensações: estimulações fortes explicariam a origem da dor, por exemplo.⁶⁹

Os espíritos animais poderiam, ainda, dilatar o cérebro, inflando-o como o vento faz com as velas de uma embarcação. Durante esse processo, estaria desperto e receptivo às excitações provenientes dos estímulos sensoriais. A pouca intensidade ou ausência dos espíritos animais explicariam o sono e o sonho. Estariam ainda relacionados aos diferentes temperamentos e habilidades: tais questões seriam explicadas pelo número, forma, movimento e tamanho desses espíritos em cada pessoa.

1.3 ARISTÓTELES: A RELAÇÃO ENTRE MELANCOLIA E GENIALIDADE

Em “A Problemata XXX”, atribuída a Aristóteles (384 a.C-322 A.C)⁷⁰ a questão central gira em torno do tema da melancolia e a forma como é abordada pela

⁶⁸ DONATELLI, Marisa Carneiro de Oliveira Franco. Descartes e os médicos. **Scientle Studia**. Vol 1, N.3,2003, p.323-336.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ A “Problemata XXX” foi editada, ainda na Antiguidade, junto com os demais Problemas atribuídos ao filósofo grego Aristóteles. No entanto, o biógrafo Diógenes Laércio (que viveu aproximadamente entre o ano 225 e o ano 300) teria relacionado, entre as obras de Teofrasto (discípulo de Aristóteles) um texto sobre melancolia, levantando a hipótese de que o texto possa ter sido escrito por um dos discípulos de Aristóteles e não propriamente pelo filósofo estagirita. No entanto, o caráter geral do texto não deixa dúvida de que se trata de obra produzida no âmbito do pensamento aristotélico. Por conta dessas questões, o Problema XXX é por vezes atribuído a

tradição hipocrática. Interroga-se qual a razão de tantos homens excepcionais – seja nas artes, na filosofia, política ou poesia – terem sido também seres melancólicos, ou, segundo defendia Hipócrates de Cós, seres acometidos por enfermidades associadas à bile negra.

O texto elenca vários exemplos de homens extraordinariamente inteligentes e habilidosos em suas artes, entre eles, os heróis (tais como Hércules, Àjax), filósofos pré-socráticos (como Empédocles) e os mestres da filosofia do período clássico: Sócrates e Platão, mencionando também a maioria dentre aqueles que se dedicam à poesia. Todos, homens melancólicos, suscitando uma aproximação entre melancolia e genialidade. Questiona, na sequência, se a melancolia seria mesmo uma doença, adquirida pelo desequilíbrio da bile negra, ou algo da própria natureza da pessoa, algo que nasceria com ela.

Após expor com detalhes como ocorre no corpo a combinação dos humores e os diferentes *éthos* que tais combinações suscitam, destaca que por ser criadora de *éthos* (tal qual ocorre com o vinho) e pelo fato de sua *dýnamis* (força) ser anômala⁷¹ a bile negra é anômala, assim como anômalos são os melancólicos. No entanto, em seu sentido grego, o termo anomalia não tem nada a ver com anormalidade, mas com algo que foge de uma regularidade e que está associado, no caso do temperamento melancólico, em ser diferente, no sentido de genial. Conclui que os melancólicos são homens excepcionais, por natureza, e não por doença, tal qual defendia a tradição hipocrática.

Então, para dizer o que é capital, pelo fato da *dýnamis* da *bílis* negra ser anômala, anômalos são os melancólicos; pois ela pode se tornar muito fria e muito quente. E pelo fato de ela ser criadora-de-*ethos* (...) (pois, do que está em nós, principalmente o quente e o frio criam-se *ethos*), como o vinho que, sendo misturado em maior ou menos [quantidade] no corpo, torna-nos de determinado tipo quanto ao *ethos*. Ambos [são] pneumáticos, o vinho e a *bílis* negra. Posto que é possível ser a anomalia bem governada (*eúktaton*) e se apresentar de uma boa forma, em que a disposição (*diáthesis*) deve estar mais quente e novamente fria, e vice-versa, de acordo com a extremidade apresentada: excepcionais (*perittoí*), então, são todos os melancólicos, não por enfermidade (*nóson*), mas por natureza.⁷²

Aristóteles ou a Pseudo-Aristóteles, visto poder se tratar de um texto em que as ideias do filósofo estão presentes mas que pode não ter sido escrito exatamente por ele.

⁷¹ Do grego *omalos*: o que é regular, liso, uniforme; *an-omalos*: o que é irregular, áspero, desigual.

⁷² ARISTÓTELES. O problema XXX. Primeira parte. Tradução e notas de Elisabete Thamer. **Ousia Phases**. Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ. Disponível em: http://www.ifcs.ufrj.br/~fsantoro/ousia/traducao_problema30.htm. Acesso em: 18/12/2014.

Essas duas concepções – a filosófica e a médica – tiveram forte influência no pensamento ocidental em relação ao debate posterior acerca da melancolia. Podemos mesmo afirmar que constituíam duas maneiras diferentes de pensa-la. Uma interessante metáfora expressa bem esse embate, trata-se de um texto sobre um suposto encontro entre Demócrito e Hipócrates de Cós.

1.4 DO RISO À LOUCURA

Julgamos oportuno finalizar esse capítulo fazendo menção a uma coleção de documentos reunidos sob o título “Sobre o riso e a loucura” escritos como se fossem cartas. Uma delas dirigida a Hipócrates e outras sete assinados sob o nome de Hipócrates. São também conhecidas como “Cartas a Damagetes” ou “Cartas pseudo-hipocráticas” pois em que pese o fato de a maioria estar assinada sob o nome de Hipócrates, os textos foram escritos, segundo estudiosos, entre o século I a.C e o século I da nossa era. Portanto, muito tempo depois da morte de Hipócrates e situados já no contexto do pensamento helenístico.⁷³

No texto em questão, o autor que se vale do nome de Hipócrates, narra um encontro (não se sabe se o encontro realmente ocorreu) entre Demócrito de Abdera e o médico de Cós. O acontecimento teria se dado em virtude de um comportamento apresentado por Demócrito e percebido como estranho pelos demais habitantes da sua cidade. Estes, representados pelo Senado de Abdera, acreditando que o velho filósofo estava louco – pois ria tanto das coisas boas quanto das coisas ruins - teriam intercedido junto a Hipócrates para que fosse até Abdera visitar Demócrito e verificar pessoalmente a situação.⁷⁴

Hipócrates aceita o convite e se dirige para Abdera. Quando lá chega, se depara com um Demócrito maltrapilho: sujo, vestido com uma túnica de tecido grosseiro e com barba longa. Segundo os concidadãos do filósofo, ele só poderia estar louco, pois se isolara de todos e parecia absorto de tudo, inclusive, de si mesmo, apenas rindo, o tempo todo. Acordava durante a noite e saía cantarolando

⁷³ PSEUDO-HIPPOCRATE. **Sur le rire et la folie**. Préface, traduction et notes d'Yves Hersant. Paris: Rivages poche, 1991.

⁷⁴ LEITE, Priscilla Gontijo. O riso como expressão de um posicionamento na cidade: o encontro de Demócrito e Hipócrates. **Nuntios Antiquus**. Belo Horizonte, n. 3, agosto de 2009. Disponível em: <http://www.letas.ufmg.br/nuntius/data1/arquivos/003.10-Priscilla121-135.pdf>. Acesso em: 21/12/14.p. 128.

sozinho, ficava longas horas acordado, de noite e de dia e julgava que a vida não tinha mais valor.

Pensando a polis grega como um organismo, podemos inferir que se um dos seus personagens mais ilustres apresentava um comportamento dissonante em relação à sua função no todo isso era motivo de preocupação, o que torna compreensível a movimentação dos cidadãos no sentido de tentar “curar” Demócrito de sua aparente loucura.

O suposto Hipócrates, de acordo com o conteúdo do documento, é conduzido até onde Demócrito se encontrava. O médico pergunta a Demócrito sobre o motivo de seu riso. E o filósofo responde que ri da irracionalidade humana, da preocupação que dispensam com o que é efêmero, de seu envolvimento em guerras e da sua ganância desenfreada, o que os leva a desejar sempre mais e mais sem nunca satisfazer-se e, portanto, sem nunca contentar-se.⁷⁵

Hipócrates chega à conclusão de que Demócrito não estava doente. O riso de Demócrito estava relacionado à sua postura reflexiva sobre a cidade. Tratava-se de um ensimesmar-se, de um isolar-se da cidade na tentativa de racionalizar a sua irracionalidade. Diante dessa impossibilidade, a alternativa seria o riso, como desdém mas também como crítica. Por fim, Hipócrates inverte a questão questionando os abderitas: afinal, o comportamento de Demócrito seria expressão de sua loucura ou de sua sabedoria? Sua atitude parecia desequilibrada aos olhos de quem? Justamente daqueles que, padecendo de falta de sabedoria, não conseguiam entender o posicionamento do sábio Demócrito. Logo, o questionamento que se levanta é se afinal, quem estaria doente não seria a cidade e se o riso, o isolamento, o desalento aparentemente sem motivo do filósofo, não seria a única reação possível em virtude de ser ele o único que tinha conhecimento da situação.⁷⁶

Essa compreensão filosófica da melancolia, enquanto uma forma elevada de se situar no mundo, uma forma de reflexão solitária e crítica, e que de certa forma é presente na *Problemata* XXX de Aristóteles, em oposição a uma visão meramente médica, seria retomada no século XVII. Para abordá-la destacamos aspectos da obra “*A Anatomia da Melancolia*” de Robert Burton, escrita sob o pseudônimo de

⁷⁵ Ibid., p.129.

⁷⁶ Ibid., p. 130.

Demócrito Júnior; confrontando-a com a obra de Thomas Willis, de “*De anima brutorum*”.

A escolha não foi aleatória. Se o século XVI tinha redescoberto a loucura sob o fascínio do humanismo, é ao longo do século seguinte, segundo Michel Foucault, na constituição do saber médico, que se percebe, por um lado, a tentativa de localização ventricular dos espíritos animais e de sua relação com a loucura em suas diferentes figuras, entre elas, a melancolia. Por outro lado, no entanto, manifestando-se sobretudo na prosa elisabetana, um discurso outro sobre a melancolia, um discurso literário, que a concebe em sua dimensão vertical, retomando aspectos do pensamento aristotélico e também do pensamento medieval acerca do chamado “demônio meridiano”.

2 O SÉCULO XVII: ENTRE UMA MELANCOLIA “ORGÂNICA” E UMA MELANCOLIA VERTICAL

2.1 A MELANCOLIA E O MOVIMENTO DEFEITUOSO DOS ESPÍRITOS ANIMAIS

A tradição sobre os “quatro humores” assim como a teoria dos “espíritos animais” permaneceu por muito tempo, ou, pelo menos, até entre o final do século XVI e a primeira metade do século XVII, segundo Foucault, como a principal explicação médica para a melancolia⁷⁷.

Cada um desses humores, segundo a tradição hipocrático-galênica, estaria relacionado às suas qualidades essenciais, associadas, cada uma delas, a uma determinada substância que atuaria como causa de determinado desequilíbrio. No caso da melancolia, essa substância seria a bile negra, como vimos anteriormente e conforme destaca Orlando Coser:

O entendimento clássico aborda a melancolia como dependente dos humores circulantes, que são quatro: o sangue, a pituita, a bile amarela e a bile negra. Quando eles estão em equilíbrio, misturados na justa proporção, o corpo porta-se bem; quando desequilibrados, o corpo adocece. É a doutrina do Humorismo, exposta em *A Natureza do Homem*, livro atribuído a Políbio, genro de Hipócrates. A preponderância de bile negra circulante, ou melhor, a ação da bile negra sobre as faculdades racionais ocasionaria, de acordo com Galeno, a melancolia, o que, de forma direta e interessante, faz a etimologia encontrar profundas raízes na discussão filosófica sobre as bases corporais das afecções da alma.⁷⁸

No entanto, é importante destacar que entre os antigos gregos de onde deriva essa tradição, não havia a compreensão hodierna de separação entre corpo e alma, algo que se delineia sobretudo, a partir dos estudos de René Descartes no século XVII. Segundo Coser, a melancolia é um problema da bile negra da mesma forma que a histeria era considerada um problema do útero e a hipocondria dos vasos hepáticos. O desequilíbrio humoral tem origem orgânica e afeta as faculdades racionais e quando isso acontece, temos as chamadas afecções da alma, entre elas, a hipocondria, a histeria e a melancolia.

⁷⁷ FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 263

⁷⁸ COSER, Orlando. Melancolia e depressão na psicopatologia clássica. In: _____. **Depressão**: clínica, crítica e ética.[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. P. 54

A indiferença perante o meio, a preferência pela solidão; o delírio longo e sem febre, durante o qual o doente se atém a um único e fixo pensamento, ou a persistência de certos temas delirantes (como os doentes que se acreditavam feitos de vidro), ou ainda aqueles que temem a morte mas que ao final, a ela acabam buscando e se entregando, são alguns dos principais sintomas apontadas pela tradição médica europeia de meados do século XVII a respeito da melancolia, afirma Foucault.⁷⁹

Ao longo daquele século e no início do seguinte, observa-se o desenvolvimento de uma discussão nova sobre a teoria dos humores e sua relação com a melancolia. Questionamentos aparecem. Por exemplo: será que a melancolia só ataca quem tem temperamento melancólico? O humor melancólico é mesmo sempre frio e úmido e nunca quente e seco? A causa estaria fundamentalmente na substância – a bile negra – ou na inter-relação entre as suas qualidades?

A esse respeito, Michel Foucault resume o debate em torno da questão das causas da melancolia em quatro pontos principais:

1. A causalidade das substâncias passa a ser substituída pelo percurso das qualidades que são transmitidas do corpo para a alma, do humor para as ideias e dos órgãos para os comportamentos.⁸⁰
2. Em cada uma das qualidades há uma força que predomina. Ela se opõe e domina todas as demais que a ela resistem.
3. Às vezes, essa oposição ocorre dentro de uma mesma qualidade, alterando-se e tornando-se o oposto do que era.
4. As qualidades podem ainda ser modificadas em função de causas externas: as circunstâncias do dia-a-dia, os fatos e acidentes da vida. Ou seja: um ser antes seco e frio pode vir a tornar-se úmido e quente em decorrência de um modo de viver.⁸¹

⁷⁹ FOUCAULT, Michel. Op. cit., p. 262-263

⁸⁰ O suco melancólico não só provoca a melancolia como nele se encontram as qualidades essenciais da doença, argumento encontrado, sobretudo, na *Apologie* de M. Duncam, citado por Foucault: “O suco melancólico está mais capacitado a ter as condições necessárias para a produção da melancolia do que vossas cóleras queimadas, pois com sua frieza diminui a quantidade dos espíritos, com sua secura torna-os capazes de conservar por bastante tempo a espécie de uma imaginação forte e obstinada, e com seu negrume priva-os de sua claridade e utilidade naturais”. (DUNCAM, apud FOUCAULT, Michel. Op. cit., p. 264).

⁸¹ Id.

Segundo Foucault em “A história da loucura”, um dos aspectos centrais desse debate médico em torno da melancolia é que as qualidades, antes presas em seu suporte substancial, acabam assumindo um papel integrador e organizador, entre os sintomas e suas manifestações, contribuindo assim para delinear certo perfil relacionado à melancolia, caracterizado pelo negrume, pela tristeza e pela lentidão. Construindo-se, dessa forma, menos como uma fisiologia de um humor e mais como a patologia de uma ideia.

Para os estudiosos do tema, a melancolia, aparecerá, cada vez mais, como uma forma de loucura, no entanto, sem febre e sem furor. Uma loucura triste, acompanhada de temor e de lentidão motora. Ainda assim é delírio, uma vez que este era entendido como uma espécie de ruptura com a verdade (e porque não dizer também, com a realidade?).

Destaca-se nesses estudos, sobretudo na obra de Thomas Willis⁸², a ideia de que a origem da melancolia reside num estado defeituoso do cérebro, relacionado a “... um movimento desordenado dos espíritos...” .⁸³

Mas a inquietação e o temor que tornam os melancólicos tristes e metuculosos poderiam ser explicados apenas mecanicamente, pelo movimento desordenado dos espíritos animais? Para Willis a questão é complexa, visto ser a melancolia diferente da apoplexia, da convulsão e da paralisia. Embora se caracterize também como um tipo de delírio, algo comum a outras formas de loucura, não explica a qualidade própria desse delírio específico, tais como a tonalidade que nele se manifesta em relação à tristeza e ao temor e que tornam a paisagem singular. São essas qualidades que explicam o delírio – os movimentos paradoxais do espírito – e não o contrário.

Há, portanto, uma espécie de agitação lenta, débil que pode estar relacionada ao movimento desordenado dos espíritos animais no cérebro (e que interfere nos movimentos e na percepção). No entanto, outros aspectos característicos da melancolia – como o desejo de morte e a fixação em uma única só ideia – não se

⁸² A esse respeito ver: WILLIS, T. Two Discourses Concerning the Soul of Brutes. Scholars Facsimiles & Rrints. Gainesville: Solomon Diamond, 1971; _____ The Anatomy of the Brain and Nerves. The Classics of Medicine Library. Birmingham: William Feindel, 1978.

⁸³ FOUCAULT, M. Op.Cit., p.265.

explicariam apenas pela mecânica dessas substâncias em seu trajeto pelos nervos.⁸⁴

Apesar do peso que passou a ter no debate médico, a teoria do movimento defeituoso dos espíritos animais não constituía uma explicação hegemônica sobre a melancolia na Inglaterra do século XVII. Numa direção diferente, teóricos humanistas concentraram-se em estabelecer o sentido da melancolia em sua dimensão vertical, reinventando, sob certo aspecto, as considerações aristotélicas postas na *Problemata* XXX bem como aspectos do imaginário religioso sobre a *acídia*.

2.2 A MELANCOLIA EM SUA DIMENSÃO VERTICAL

Robert Burton (1577-1640) - humanista, matemático, teólogo e reitor de um dos colégios da Universidade de Oxford - publicou a obra “*The Anatomy of Melancholy*” (1621)⁸⁵. Segundo o psiquiatra brasileiro José Alves Garcia, as descrições sobre melancolia de Burton foram influenciadas por sua própria vivência (teriam inspiração autobiográfica, portanto) uma vez que apresentava aspectos de hipocondria e ciclotimia, além de aspectos políticos, utópicos e poéticos. Sua clientela eram viúvas inconsoláveis, negociantes e armadores falidos, noivos frustrados, sofrendores de todo o tipo.⁸⁶

Burton, que escreve sob o pseudônimo de *Demócrito Júnior*, até então tinha sua produção caracterizada por textos de Teologia. No entanto, na medida em que se considerava um “teólogo melancólico” julgou-se apto a adentrar na seara dos médicos, uma vez que considerava a melancolia uma doença tanto do corpo quanto da alma e, que, por isso, necessitaria tanto de tratamento corporal quanto espiritual:

⁸⁴ A teoria de que os “espíritos animais” percorriam os nervos permaneceu, com diferentes interpretações até o limiar dos séculos XVIII e XIX quando Luigi Galvani (1737-1798) e Emil du Bois-Reymond (1818-1896) demonstraram que a condução nervosa é de natureza elétrica. O termo neurônio foi cunhado em 1891 por Wilhelm von Waldeyer (1836-1934) para denominar a unidade funcional e anatômica do sistema nervoso. E, finalmente, Charles Scott Sherrington, em meados do século XX, descobriu a existência dos espaços existentes entre as células nervosas e/ou entre estas e as células musculares, denominando essas estruturas de “sinapses”.

⁸⁵ Segundo Garcia, a denominação “anatomia” parecia ser um termo comumente utilizado pelos médicos no século XVII. Assim, encontramos obras publicadas no período com títulos tais como “Anatomia da Vontade”, “Anatomia da inteligência”, e assim por diante. (GARCIA, J.A. Uma doença em vias de transição. Psicose maníaco-depressiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 6, N.1, 1957. P 5-22).

⁸⁶ GARCIA, J.A. Uma doença em vias de transição. Psicose maníaco-depressiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 6, N.1, 1957. P 5-22. p. 5.

Se algum médico nesse ínterim retorquir (...), e se sentir ofendido por eu ter invadido sua profissão, eu o hei de responder em poucas palavras que não faço algo diverso do que eles fazem conosco. Se for para o lucro deles, conheço muitos de sua facção que receberam as ordens, na esperança de um benefício, é uma transição comum; e por que um teólogo melancólico, que não ganha nada pela simonia, não poderia professar a medicina? (...) É de uma doença da alma que estou a tratar, tão delegável a um teólogo quanto a um médico, e quem sabe não haja um acordo entre essas duas profissões? (...) Elas diferem apenas quanto ao objeto: o de uma é o corpo, o da outra é a alma, usando remédios diversos para curar; (...) Uma ajuda os vícios e as paixões da alma, ira, luxúria, desespero, orgulho, presunção, etc., aplicando um medicamento espiritual; enquanto a outra se utiliza das drogas propriamente ditas em doenças somáticas. Ora, como esta é uma enfermidade comum ao corpo e à alma, de tal modo que precisa tanto de cura espiritual quanto corporal, não pude encontrar uma tarefa mais adequada para me ocupar, um tema mais relevante, tão necessário, oportuna e normalmente concernente a todos os tipos de homens, que deveria participar igualmente de ambas e exigir um médico completo. Um teólogo sozinho pouco pode fazer contra essa mazela composta, um médico contra alguns tipos de melancolia pode muito menos, mas juntos forjam uma cura absoluta.⁸⁷

Em Burton a melancolia era caracterizada como “... uma *disposição* [grifos no original] a capitalizar os tormentos de cada dia, de que ninguém escapa, e que se torna, no hábito, uma reação sustentada, que é comparável a uma verdadeira doença.”⁸⁸ Dizendo-se ele mesmo tomado pela melancolia, apontava a escrita como uma espécie de escoadero para os pensamentos e sentimentos característicos dessa “mazela” composta. Não como uma forma de se livrar, ou de tratar da melancolia, mas de conviver com ela. Como afirmava, sendo a melancolia um tipo de purulência, escrever seria como “coçar a sarna”. A melancolia como algo que alimentaria a escrita e esta como uma forma de escoar a melancolia:

Se alguém objetar contra a matéria e a maneira de tratar este assunto e demandar uma razão para tanto, posso alegar mais de uma; escrevo sobre melancolia, pois me ocupo para afastar a melancolia. (...) Com esta finalidade escrevo (...). Quando aceitei pela primeira vez esta tarefa (...) eis o meu objetivo: *vel ut lenirem animum scribendo*, aliviar minha mente pela escrita; pois tinha (...) um tipo de purulência na cabeça, de que muito eu desejava me livrar, e não imaginei nenhum escoadero mais conveniente que este. Além disso, talvez não me possa conter, pois *ubi dolor, ibi digitus*, é preciso coçar a sarna. [grifos no original]⁸⁹

Imbuído de ideais humanísticos e éticos, vale-se de um tema aparentemente médico – a melancolia – para fazer, de forma irônica, uma crítica contundente sobre a ineficácia do conhecimento, as contradições e mazelas do comportamento humano em sua própria época.

⁸⁷ BURTON, Robert. **A anatomia da melancolia**. Tradução de Guilherme Gontijo Flores e prefácio de Manoel Tosta Berlinck. Curitiba: Editora da UFPR, 2010. p.60-61. (Vol. 1)

⁸⁸ GARCIA, J.A. Op. Cit., p. 6.

⁸⁹ Ibid., p. 61.

Sua prosa, irônica e reflexiva, é entremeada por inúmeras citações de diferentes contextos históricos (período greco-romano clássico, período helenístico, período feudal, etc.) dentre as quais se destacam as falas de filósofos, estadistas, poetas, santos, literatos, líderes militares, historiadores, médicos, entre outros – com o objetivo de chamar a atenção para a loucura que impera em sua própria época, destacando que diante de tal contexto, a melancolia é uma das poucas saídas ativas disponíveis aos adeptos da contemplação e da erudição.

Não é por mérito, virtude (...) sabedoria, valor, erudição, honestidade, religião, ou qualquer outra competência que nós somos respeitados, mas sim por dinheiro, opulência, cargo, honra ou autoridade: honestidade é considerada sandice; velhacaria, política; homens admirados por achismo, não pelo que são, mas pelo que parecem ser: mudando de lado, mentindo, manipulando, tramando, contratramando, temporizando, confabulando, enganando, fingindo, *que por necessidade deve-se ofender gravemente a Deus, se estiver conforme com o mundo.* (...) Um toma para si temperança e santidade; outro, austeridade; um terceiro afeta um tipo de simplicidade, quando na verdade, este, e este, e este, e o resto são todos hipócritas, ambidestros, superficiais, como figuras mutáveis, um leão de um lado, um cordeiro do outro.

90

Segundo o autor, quando se atinge um olhar elevado, por sobre o mundo, é possível de lá perceber que todo ele é louco e ondulante, tomado por assaltos, tumultos e acasos; que entontece e é melancólico e que, diante de tal visão, não há outro recurso ao homem de pensamento senão apiedar-se, recolher-se em si mesmo, ou, simplesmente, rir-se, da mesma forma que Demócrito, segundo as cartas pseudo-hipocráticas anteriormente mencionadas. Aliás, Burton faz referência a essa história na primeira parte do seu livro justificando, assim, a escolha do seu pseudônimo: nada melhor do que um “Demócrito Júnior” para dar autoria a uma obra sobre melancolia...

A melancolia, dessa forma, seria considerada por Burton menos uma doença e mais uma consequência de uma determinada maneira de se relacionar com o contexto em que se vive: vendo esse contexto sob uma perspectiva panorâmica, ele pareceria tão louco, entontecido e desvairado, que a postura melancólica ou mesmo seu oposto (o rir sem motivo característico da mania) constituiriam algumas das poucas formas realmente sensatas de se posicionar de forma crítica e inteligente frente a esse mesmo contexto. Diante da loucura do mundo, o homem de pensamento ensimesma-se ou ri-se, e essa é a sua afronta.

⁹⁰ BURTON, R. Op. cit., p. 122.

Como se vê, numa direção diferente da tendência médica que busca, na Inglaterra ao longo do século XVII, entender a causalidade orgânica da melancolia, mediante a análise da constituição e movimento dos “espíritos animais”, o livro de Burton caminha para outra compreensão da melancolia: não necessariamente como uma doença do corpo, mas, sobretudo, um tormento da alma, relacionado a um inconformismo em relação às mazelas do contexto, do qual se tinha consciência mas do qual era difícil esquivar-se, posicionamento que resgata, de certa forma, a *Problemata* XXX atribuída a Aristóteles.

Tal concepção aproxima-se daquilo que Giorgio Agamben denomina como *dimensão vertical da melancolia*. No texto “O demônio meridiano”⁹¹ o filósofo italiano relembra que na Idade Média, padres da igreja católica – sobretudo os que viviam em mosteiros – nomeavam essa espécie de morte instalada na alma de “*desídia*”, “*tristitia*”, “*taedium vitae*”, “*acídia*”.⁹² Nos textos religiosos desse período, há admoestações aos *homines religiosi* em relação a esse perigo, conhecido como “demônio meridiano” justamente por que atacava quando o sol culminava no horizonte.

Dentre as características desse estado - que é propriamente mais psicológico do que orgânico, mas que abala o físico também, uma vez que a alma sente-se sem forças diante da vida -, sobressai-se um retrair-se vertiginoso da estação diante de Deus⁹³. Uma fuga do homem frente à riqueza das possibilidades de sua espiritualidade e caracterizada por uma dura ambiguidade: ao mesmo tempo em que o acidioso retrai-se diante de seu fim divino, não consegue deixar de aspirá-lo. Seu objeto, torna-se, dessa forma, inatingível, uma vez que o deseja, mas não o caminho que a ele conduz, obstruindo, ele próprio, a estrada que o elevaria até esse objeto:

⁹¹ AGAMBEN, G. **Estâncias**. A palavra e o fantasma na cultura ocidental. Tradução de Selvino José Assmann. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

⁹² Ibid., p.24.

⁹³ BERLINCK, Manoel Tosta. **A melancolia e suas manifestações segundo a Psicopatologia Fundamental**. Projeto de pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Laboratório de Psicopatologia Fundamental. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUC, São Paulo. Disponível em: fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/manoel_tosta_berlinck_-_a_melancolia_e_suas_manifesta%C3%A7%C3%B5es_segundo_a_psicopatologia_fundamental_-_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 18/12/2014. P.3.

O ideal melancólico, por sua vez, é inatingível, por sua específica qualidade de perfeição. É manifestação da melancolia, é razão da *tristitia* [grifo no original] e não saída. Chamado, também, de eu ideal, é um corpo (pois o eu é sempre corporal) cuja forma coincide com a morte do próprio corpo. O melancólico sabe, no âmago de si, que nenhum esforço, nenhum dispêndio de energia, irá modificar essa situação, essa inércia. O intenso trabalho na melancolia visa uma inibição empobrecedora do eu. Comer, dormir e orar em excesso, a vida sem tonalidade passa a compor o cotidiano do melancólico.⁹⁴

Assim, ocorre o deslocamento do eixo vertical, característico desse sentimento, desse “demônio meridiano”. O acidioso não deixa de desejar o objeto inatingível – esse objeto é o ideal – mas ele encontra-se nas alturas. Diante da impossibilidade de atingi-lo e da dificuldade de deixar de desejá-lo, imobiliza-se numa tristeza angustiosa, que tanto pode movê-lo para o vício quanto para a inação, manifestando-se, desta forma, tanto a mania quanto seu inverso, a melancolia.⁹⁵

O eixo vertical da melancolia é retomado na prosa de Robert Burton. A ideia parece já nas imagens que ilustram o frontispício da edição de 1621 (Ver anexo I) Segundo Berlinck:

Para Burton, o humano é um anjo decaído cuja existência é capturada por essa dinâmica vertical. Nesse sentido, Burton se aproxima da concepção hegemônica na Idade Média onde o humano, visto como criatura de Deus, feito à sua imagem e semelhança, é, no entanto, sujeito ao pecado, à queda, ao apequenamento essencial do ser.⁹⁶

Acreditamos que esse ideal a ser atingido, no contexto em que a obra de Burton foi escrita – primeira metade do século XVII – , seria mais um ideal relacionado ao conhecimento, ao mundo das ideias, do que propriamente um ideal espiritual. O sentimento – a melancolia – se assemelha à *tristitia* vivenciada pelos religiosos na Idade Média, mas não o objeto dessa angústia. Arriscamo-nos a dizer que há uma redescoberta desse estado em virtude das questões que se apresentam para os estudiosos do século XVII, no contexto em que se encontram (o ambiente do pós-contra reforma, do desenvolvimento do conhecimento científico e da expansão da imprensa; das guerras religiosas e das tensões entre os estados monárquicos em ascensão). A imensurável quantidade de citações no texto de Burton, o desalento que manifesta em relação à sua própria época (ainda que sob o disfarce da sátira) indicam que nossa hipótese deve ser considerada.

⁹⁴ Ibid., p. 4.

⁹⁵ Ibid., p. 5.

⁹⁶ BERLINCK, Manoel Tosta. **Prefácio**. Apud BURTON, Robert. **A anatomia da melancolia**. Tradução de Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFPR, 2011. P. 5. (vol. 1).

Diante desse aprisionamento da alma a um ideal tão inatingível quanto irresistível, manifesto num temperamento inconstante, que oscila de uma tristeza imobilizante para a agitação sem consolo, o corpo é aniquilado, seja pela fadiga (sobrecarregado com afazeres que tentam distraí-lo, afastá-lo desse ideal); seja pela inação, que pode ir desde um não estar com os outros, passando por um não levantar-se da cama até um não alimentar-se e que perigosamente beira a uma morte auto infligida. O corpo, lentamente, é aniquilado, restando somente, o ideal.

Em sua explicação sobre quem seriam os predispostos à melancolia, segundo o médico-teólogo, a relação entre a busca do conhecimento e a melancolia fica clara. Afirma que dentre os afetados por esse estado de ânimo estariam os nascidos de pais melancólicos, os de natureza solitária, os grandes estudiosos afeitos a muita contemplação e com uma vida fora de toda a ação.⁹⁷ E qual a origem da melancolia, o coração (o órgão das emoções e das paixões) ou o cérebro? Segundo Garcia, para Burton “... primeiro é na imaginação e depois é na razão que os pacientes são afetados”⁹⁸. E quais os afetos típicos desse tipo de comportamento? “... [o] medo e a tristeza são os verdadeiros caracteres e inseparáveis companheiros dos melancólicos”⁹⁹

É importante salientar, de fato, que a obra de Burton é considerada uma das mais expressivas do início do século XVII¹⁰⁰. O texto, cujo estilo é caracterizado pelo próprio autor como *centão*¹⁰¹ amplia-se, a partir de um tema central – a melancolia - para inúmeros outros subtemas, indo desde reflexões sobre a guerra até questões relacionadas à religião e alimentação e no qual se destaca constantemente o recurso da ironia.

Esse posicionamento não é exclusivo de Burton, mas característico da literatura e da filosofia do final do século XVI e das primeiras décadas do século XVII, segundo afirma Michel Foucault. Afinal, a Renascença tinha “descoberto” a

⁹⁷ GARCIA, J.A. Op. cit., p. 7.

⁹⁸ Id.

⁹⁹ Id.

¹⁰⁰ Robert Burton pode ser considerado um dos primeiros grandes ensaístas da literatura inglesa moderna. O livro tem um sucesso considerável para a época. Sua primeira publicação, datada de 1621, foi seguida de outras quatro reedições – 1624, 1628, 1632 e 1638 – todas em vida, revistas e ampliadas pelo próprio autor. Ainda no século XVII, a obra foi traduzida para o francês, para o espanhol e para o alemão. À edição póstuma de 1952 foram acrescentadas anotações de Burton, elevando o total de páginas do texto original em inglês para 1200. Seu livro é considerado um marco da prosa elisabetana e na literatura mundial.

¹⁰¹ Um texto original construído e permeado por inúmeras citações literárias, bíblicas, filosóficas, médicas...

loucura sob o prisma do humanismo e do racionalismo, libertando-a do estigma a ela imposto pelo pensamento medieval.

No entanto, como vimos, a concepção manifesta na obra de Burton sobre a melancolia não é a que se observa em outros estudos realizados por médicos daquele mesmo século XVII e que constituíam, basicamente, por tentar entender, ainda muito influenciados pela tradição hipocrático-galênica dos humores e dos espíritos animais, a constituição orgânica da melancolia.

Essa visão seria abalada no início do século seguinte, quando a loucura em todos os seus matizes – mania, melancolia, demência... – passaria a ser considerada de fato, uma doença pelo saber médico. No processo de institucionalização da loucura por esse saber nasce uma nova especialidade; a psiquiatria. É a partir de então que notamos uma clivagem, uma ruptura, entre uma concepção médico-científica da melancolia e uma visão filosófico-literária. É no processo de instituição e afirmação dos saberes sobre o homem – e dentre esses saberes, da circunscrição da loucura pela psiquiatria – que podem ser localizadas as origens da depressão enquanto entidade nosológica.

3 SÉCULO XVIII: A PSIQUIATRIA CLÁSSICA E A ORIGEM MORAL DA MELANCOLIA

3.1 A CIRCUNSCRIÇÃO DA LOUCURA

Como vimos, ainda no século XVII, temos ao menos duas percepções distintas sobre a melancolia. Por um lado, é concebida como uma figura da loucura, uma espécie de loucura triste, sem febre e sem furor, associada ao movimento desordenado dos espíritos animais. Por outro, um modo de ser e estar no mundo, um ensimesmar-se decorrente da busca de algo tão mais aspirado quanto inatingível, uma consequência de uma percepção diferenciada da relação entre o corpo e a alma, entre o físico e o moral, entre o homem e o meio em que vive.

Considerando a melancolia em sua dimensão médica, e concebendo genealogicamente o momento em que dela se apropria o saber psiquiátrico, delineando os seus contornos enquanto uma afecção mental, destacamos que é ao longo da segunda metade do século XVIII, que esse saber desenvolve-se como uma especialidade dentro do saber médico. O processo de sua constituição se dá no contexto das mudanças políticas, sociais e ideológicas ocorridas no bojo das revoluções e da instituição do estado liberal e burguês em países do ocidente europeu.¹⁰²

Em sua instituição, afirma-se como um saber relacionado a investigar e tratar das chamadas “afecções mentais”. Estas são consideradas estados patológicos, que incidiriam sobre a mente impossibilitando-a de se manifestar dentro de um determinado padrão de normalidade e comportamento (definido por esse mesmo saber) tanto no campo psíquico quanto cognitivo.

A forma de atuação desse saber, desde fins do século XVIII, foi caracterizada pelo internamento; o espaço de sua atuação passou a ser a instituição asilar e a figura que melhor o encarnava o médico alienista. Esse quadro se insere no contexto mais amplo da circunscrição moderna da loucura, que, segundo Robert Castel apresenta quatro elementos fundamentais.

Primeiramente, destaca o contexto político relacionado ao advento do legalismo. Quando a assembleia revolucionária decretou na França a abolição das

¹⁰² CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

Lettres de cachet (março de 1790) retirou do poder político o controle sobre os comportamentos não conformes (segundo padrões tradicionalmente estabelecidos), dentre esses, aqueles indivíduos detidos por causa de demência, bloqueando, assim, o recurso do poder político como estratégia de repressão à loucura.

Num segundo momento, são instituídas as instâncias encarregadas de ocupar esse lugar antes exercido pela repressão do poder político. Entram em cena novos agentes: procuradores e juízes (representando a justiça); administradores locais (como os diretores de distrito) e os alienistas (medicina). Os aparelhos já existentes são reordenados, reorganizados e redistribuídos e a isso se segue um longo período de transformação de suas práticas.¹⁰³

Nesse processo, é atribuído ao louco o status de doente, numa tentativa de sua diferenciação em relação aos outros comportamentos tidos como dissonantes no meio social (os vagabundos, os ladrões, os criminosos, os mendigos e tantos outros). Essa atribuição, no entanto, cria problemas para o saber médico na medida em que tenta construir um status científico que justifique essa denominação. Se o louco é doente, é doente do quê? Como se torna doente? De que maneira é possível diagnosticá-lo, tratá-lo? Tem cura? No vácuo deixado por esses questionamentos desenvolve-se uma nova especialidade, a psiquiatria.

No bojo de constituição desse novo status - doente mental - e desse novo saber - psiquiatria - desenvolve-se a necessidade de constituição de uma nova estrutura institucional em que esse novo saber se manifeste, teórica e praticamente. As antigas instituições de segregação são paulatinamente substituídas ou mesmo transformadas em hospitais diferenciados, específicos para tratar dos que manifestam afecções mentais. Entram em cena os asilos, aparatos institucionais que funcionariam como meios terapêuticos. Nesses ambientes, uma figura se destaca: o médico alienista.¹⁰⁴

No processo de circunscrição moderna da loucura, desenvolve-se também uma nova política de tratamento, delineada ao longo da primeira metade do século XIX. Essa política é constituída por um conjunto de elementos que conferem à síntese asilar uma coerência extraordinária, segundo Castel:

¹⁰³ Ibid., p. 12.

¹⁰⁴ Id.

- Um código teórico, representado pelas nosografias clássicas
- Uma tecnologia de internação: o tratamento moral.
- Um dispositivo institucional: o asilo.
- Um corpo de profissionais: médicos-chefes.
- Um estatuto do usuário.
- Os pagantes, os intermediários, os promotores, os que demandam o internamento, entre outros.¹⁰⁵

3.2 PHILIPPE PINEL E O TRATAMENTO MORAL

É nesse contexto que se insere a obra do médico francês Philippe Pinel (1745-1826)¹⁰⁶ considerado o precursor do tratamento moral para alienados e da escola dos alienistas franceses. Dentre suas obras, destaca-se *"Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie"* na qual se refere a uma nova especialidade dentro do saber médico, aquela que viria a ser denominada posteriormente como "psiquiatria".

Em seu "Tratado" Pinel delimita as particularidades que delineiam a figura do louco e, ao mesmo tempo, as estratégias do tratamento (moral) a ser administrado

¹⁰⁵ Id.

¹⁰⁶ Imbuído dos ideais revolucionários franceses de liberdade, fraternidade e igualdade e pela concepção iluminista de razão, Pinel é considerado um dos principais precursores do tratamento moral para os alienados. Originário do Languedoc, formou-se em medicina em Toulouse e concluiu seus estudos em Montpellier até "subir para Paris" em 1778, expressão empregada na época e que serve para exemplificar a trajetória de pelo menos 90 % dos alienistas franceses. Inicialmente, não teve sucesso profissional na cidade, sobrevivendo como professor de matemática e tradutor de obras de medicina. Posteriormente, começou a trabalhar na Casa de Saúde de Jacques Belhomme, uma espécie de clínica de repouso para ricos e que gozava, na época, de reputação singular. Quando eclode a Revolução Francesa, Pinel já contava com mais de quarenta anos. Negligenciado e subaproveitado pelo governo absolutista, adere às ideias revolucionárias, especialmente sob a influência das obras de Rousseau e Montesquieu e das ideias de Condorcet, do qual era amigo. Por um decreto da Convenção Nacional (sugerido por seus amigos Cabanis e Thouret, ambos médicos) Pinel ascendeu ao cargo de diretor do hospital de Bicêtre, em 1793. Mais tarde, foi nomeado médico chefe do hospital La Salpêtrière em 1795. Na administração dessas instituições, realizou o ato que o imortalizaria como o fundador da psiquiatria moderna: retirou a corrente dos alienados. Sua atuação como chefe desses dois hospitais franceses inaugurou a chamada Escola dos Alienistas Franceses. Desenvolveu um novo método de abordagem da loucura: adepto dos ideais da revolução, acreditava que em toda loucura subsistia um pouco de razão, motivo pelo qual era possível ao médico envolvido nessa terapêutica, curar os doentes. O tratamento, no entanto, precisava ser diferente do que até então era realizado: proibiu a prática das sangrias, purgantes e vomitativos e desenvolveu uma abordagem em que incitava o paciente a revelar a verdade da loucura para o médico alienista. Nesse processo, viriam à tona as causas – morais – das afecções da mente, tornando possível o tratamento, também de fundo moral. Dentre seus principais trabalhos, destacam-se a sua classificação das doenças mentais - *Nosographie philosophique* (1798), e *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), no qual expõe seu método de abordagem e terapêutica das afecções mentais. Morreu em Paris, em 1826.

no interior do asilo psiquiátrico.¹⁰⁷ O tratamento moral se caracterizava, segundo Foucault, pela relação de estreita dependência estabelecida entre o doente e um determinado poder, representado pelo alienista. Esse poder se manifesta inicialmente como uma batalha na qual primeiro o alienista age de modo a instigar que a loucura se mostre, se manifeste, venha à tona – a verdade da loucura, segundo Foucault – para só então, mediante sua observação, descrição e diagnóstico, definir a terapêutica.

Primeiro, o princípio de estreita dependência do doente em relação a certo poder; esse poder tem de estar encarnado num homem, e somente num homem, o qual exerce esse poder não tanto em função e a partir de um saber, quanto em função de qualidades físicas e morais que lhe permitem exercer um império que não pode ter limites, um império irresistível. E é a partir daí que se torna possível a mudança da corrente viciosa das idéias, essa ortopedia moral, digamos assim, a partir da qual a cura é possível.¹⁰⁸

Esse procedimento, que se insere nos primórdios da prática psiquiátrica, muito pouco se assemelha, em sua morfologia e no aspecto geral de suas disposições, ao que na mesma época caracterizava o processo diagnóstico e terapêutico da medicina de um modo geral. Essa heterogeneidade, que marcaria a prática dos primeiros alienistas pode ser entendida, sobretudo, se pensarmos numa dificuldade crucial que se apresenta para a psiquiatria em sua pretensão de se constituir como um saber médico-científico: essa dificuldade consiste justamente pelo fato de a prática psiquiátrica, diferentemente das outras especialidades médicas, manifestar-se como uma medicina em que o corpo está ausente.¹⁰⁹ É o problema de localizar no corpo as lesões, os sinais físicos da patologia que pretende combater.

Ao longo do século XIX, a anatomopatologia e a clínica se articulam no hospital mediante a correlação entre o classificar os sintomas (próprio da clínica) e o localizar as lesões (próprio da anatomopatologia) possibilitando diagnosticar e caracterizar doenças, estabelecendo vínculos entre sintomas e lesões¹¹⁰. No entanto, no espaço do poder psiquiátrico, a situação é um pouco diferente. Por um lado, porque para o saber psiquiátrico, então em conformação, importava saber se

¹⁰⁷ CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados**. Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.p.36.

¹⁰⁸ FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.p. 14.

¹⁰⁹ Ibid., p. 346-347.

¹¹⁰ CAPONI, Sandra. Op.cit., p. 33-34

um indivíduo era ou não louco (uma espécie de diagnóstico binário) e não a precisão nosológica¹¹¹. Diferentemente da medicina, a psiquiatria não tinha como produzir diagnósticos diferenciados, apenas, diagnósticos absolutos, exatamente por essa dificuldade em detectar, no corpo, lesões que indicassem a presença de uma doença mental.

Dentre as afecções mentais, se insere a melancolia. Em sua “Nosografia Filosófica” (1798) Pinel inclui a melancolia entre as neuroses das funções cerebrais, mais exatamente na seção dedicada às perturbações das capacidades mentais (Vesânicas). Notemos que o termo melancolia, de origem hipocrático-aristotélico-galênica ainda permanece na nosografia pineliana, no entanto, a conotação que adquire a partir dessa obra a vincula a um discurso novo acerca do tema: é entendida não mais como uma figura da loucura, algo indistinto, mas como uma vesânia, uma perturbação mental específica relacionada às funções cerebrais, com contornos próprios e diferenciados em relação à outras formas de perturbação mental. Manifesta-se no cérebro, afeta a razão e tem origem moral.

É interessante notar que a define como um tipo de temperamento, que pode ser diferenciado em dois tipos: um deles é o que se transmite de pai para filho; outro é aquele que é adquirido em alguma etapa da vida. Em relação a essa segunda forma, admite que possam ser duas as causas principais: uma de caráter geográfico e outra de ordem moral. Em relação à primeira, afirma que a melancolia pode ser frequente nos lugares em que, sendo a atmosfera muito quente, de repente, sopram ventos boreais e o ar se torna úmido, ou onde o ar nebuloso causa uma palidez em tudo o que existe.¹¹²

Los climas ardientes de la India, del Alto Egipto, las costas de Berbería, la palestina, las islas de la Grecia, y las provincias meridionales de la Francia, son generalmente las mas aptas para hacer contraer afecciones hipocondríacas ó melancólicas, ó tambien la manía, tanto por la exáltacion escesiva de la imaginacion, quanto por los efectos inmediatos del calor intolerable. (...) ¹¹³

Em relação às causas, observa-se o predomínio de uma etiologia moral: defende que não raramente se tornam melancólicos os que enfraquecem pelo uso

¹¹¹ FOUCAULT, Michel. **O poder...**, op. cit., p. 346.

¹¹² PINEL, Philippe. **Compendio de la nosografia filosófica del Dr. Pinel**. Madrid: 1829, p. 244.

¹¹³ PINEL, Philippe. **Nosografia filosófica o aplicación del método analítico á la medicina**. Madrid: 1803, p. 17. V. 2.

do álcool ou os que, acostumados ao álcool e aos narcóticos, se abstêm deles¹¹⁴. Considera ainda a miséria, o abuso do amor, a repentina preguiça a uma vida ativa, as reflexões, os estudos profundos, a continência absoluta e todas as paixões do ânimo (amor, inveja, ciúme...). Destaca também os efeitos da superstição:

No omitir elos efectos terribles de la supersticion, pues algunas veces la melancolia sueleh averse por esta causa endémica ó epidémica. La supersticion se habia apoderado em otro tempo de las jovenes de Melaso, que, cansadas de vivir se procuraron la muerte; y no hace mucho tempo que, por la misma causa, las vírgenes de um monastério creían em determinados dias y horas que se habian veulto gatas, y como de comum acuerdo procuraban maullar.¹¹⁵

Não omite, contudo, possíveis causas orgânicas: supressão do suor, menstruações, hemorróidas, lóquios, lactância prolongada, vermes intestinais, blenorragia e cura incauta de algumas enfermidades¹¹⁶. Entre os sintomas, destaca como um dos primeiros a negligência para tudo: olhos lânguidos, sono agitado, sensibilidade requintada, choro sem motivo e alienação. Uma imaginação centrada numa ideia fixa é o sintoma seguinte e mais importante, segundo Pinel: o sintoma mais aparente da doença, e não a tristeza pura e simplesmente. Ainda segundo o médico, os melancólicos julgam-se tão inaptos para desempenhar suas tarefas que passam a colocar todo o seu engenho em tramar estratégias para tirar a própria vida¹¹⁷.

Embora tente relacionar a melancolia também a desequilíbrios orgânicos, observamos a dificuldade em localizar no corpo a origem e os sinais físicos da doença. Pois é nos comportamentos, nos afetos, nos hábitos e paixões do indivíduo que a doença se manifesta, sob o olhar atento do médico alienista e a patologia mental que, por ter uma origem moral, pode ser tratada dessa mesma forma.

É nos excessos, não apenas relacionados aos vícios do corpo, mas também às ambições da alma: os estudos intermitentes, as reflexões prolongadas, a dedicação às artes e às letras, estabelecem algumas das possíveis causas de uma melancolia exógena, adquirida, mas também, de uma predisposição do indivíduo ao temperamento melancólico (note-se na citação a seguir a menção ao humor atrabiliário, expressão que remonta à tradição hipocrático-galênica). No entanto,

¹¹⁴ PINEL, P. **Compendio de la...**, op. cit., p. 244.

¹¹⁵ Id.

¹¹⁶ Id.

¹¹⁷ Ibid., p. 245.

associa a esta predisposição a prática da observação diária, mencionando a sua importância para a confirmação do diagnóstico:

... por otra parte la observacion diaria confirma lo que este autor griego há dicho de los melancólicos; á saber, 'que estan sujetos á ideas extravagantes, unos temen ser envenenados, otros aborrece nel trato, y se retiran á la soledad, ó se entregan á todo género de supersticiones ó terrores vanos&c' pero antes de considerar á la melancolia como enfermedad, exâminenos si em el estado actual de nuestros conocimientos debemos admitir una disposicion física y mora, que se pueda llamar *temperamento melancólico* [grifos no original], acerca del qual han sido los Galéni costan fecundos em teorias vanas. Señalan, digamos lo así, por eco como carctères generales de este temperamento um humor atrabiliario redundante, color moreno, cuerpo flaco y seco, taciturnidad sombría, &c.¹¹⁸

Na sequência, Pinel indica como terapêutica os vômitos biliosos, a diarreia, a disenteria, os fluídos hemorroidais, as várias erupções e as urinas sedimentosas. O autor também menciona que algumas vezes observou-se uma melhora de pacientes melancólicos após o episódio de uma febre alta. São tratamentos purgativos, que teriam como função limpar o organismo, purificá-lo de alguma forma, reiterando a noção de tratamento moral.¹¹⁹ No entanto, segundo Pinel, a medicina seria, em geral, pouco eficiente para tratar dessa afecção mental. O enfermo, segundo o autor, envelhece e enfraquece, aumentando-se, dia-a-dia, sua morosidade e seu fastio.¹²⁰

Existiria cura para a melancolia? Segundo Pinel, se estiver relacionada a outra enfermidade, de cunho físico, deve-se tratar a enfermidade causadora. Mas, quando se ignora a causa, às vezes pode ser necessário que o médico contemporize os caprichos do enfermo, noutras, deve se opor a eles com constância, até mesmo, enganá-lo, para o seu próprio bem (a cura moral). Pode ser útil reprimir repentinamente e com veemência a imaginação do melancólico, submergindo-o em água. Deve-se também procurar mudar seu regime de vida, proporcionando-lhe todas as distrações possíveis, como a amenidade dos campos, a conversação agradável dos amigos, os passeios a cavalo, a música, a pintura, o teatro, jogos, bailes, ou seja, cercar-lhe de alegria, gozo e festividade, à moda dos antigos sacerdotes egípcios.¹²¹

Ao longo do final da primeira metade do século XIX e, sobretudo, ao longo da segunda metade daquele século, é possível perceber nos manuais de psiquiatria,

¹¹⁸ PINEL, P. **Nosografia filosófica o aplicación del método...**, op. cit., p.20-21.

¹¹⁹ PINEL, P. **Compendio de la...**, op. cit., p. 245.

¹²⁰ Id.

¹²¹ Id.

sobretudo alemães, uma transição do termo melancolia para o termo depressão como patologia mental de origem cerebral, uma doença de causas biológicas mas que poderia ser diagnosticada clinicamente também mediante a análise atenta das condutas, dos comportamentos, da alteração dos afetos.

O movimento em que a melancolia enquanto entidade nosográfica distancia-se de uma visão filosófico-literária no interior do discurso psiquiátrico, passando a ser entendida como uma *depressão* do humor, cujas causas residem no cérebro e os efeitos se manifestam nas condutas, é percebido, sobretudo, nos manuais de psiquiatria alemã da segunda metade do século, primeiramente, em Wilhelm Griesinger e depois, em Emil Kraepelin.

A partir de uma perspectiva genealógica de origem foucaultiana nos permitimos afirmar que é nos manuais de psiquiatria alemã situados entre as décadas de 1840 e 1890 se observa o “nascimento” da depressão enquanto entidade nosográfica propriamente dita, primeiramente como uma consequência da melancolia – depressão do humor – e, posteriormente, como uma entidade outra, própria, algo distinto, uma patologia mental de origem biológica propriamente dita.

PARTE II - DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO: A PATOLOGIZAÇÃO DOS AFETOS

1 A TEORIA DA DEGENERAÇÃO E A PSIQUIATRIA AMPLIADA

Objeto de estudo de neurologistas, filósofos, médicos e anatomistas no século XVII, as afecções mentais e sua inter-relação com os processos cerebrais e o meio passaram a constituir o foco de um saber específico a partir do século XVIII na França: a psiquiatria.

No entanto, esse saber médico-científico sente dificuldade em afirmar-se, em seus primórdios e perante os demais saberes, em virtude de uma característica crucial: trata-se de um saber sobre o corpo em que o próprio objeto está ausente, argumenta Michel Foucault. Isso porque, segundo o autor, o saber psiquiátrico não conseguia localizar no corpo sinais, lesões que justifiquem cientificamente a origem orgânica das afecções mentais.¹²²

O corpo sobre o qual o poder psiquiátrico delineava o seu poder era um “corpo fantasmagórico”. Houve então, segundo Foucault, a necessidade de ampliar esse corpo para justificar sua intervenção: daí deriva uma espécie de “corpo ampliado”, e da intervenção do saber psiquiátrico sobre esse corpo, delineando-o e definindo-o, nascendo assim aquilo que Sandra Caponi denomina como uma “psiquiatria ampliada”.

Esse movimento pode ser compreendido se pensarmos que, ao longo do século XIX, na Europa, o corpo passa a ser pensado como algo caracterizado por determinadas potencialidades e funções precisas, para além de tecidos e órgãos, multiplicando-se, a partir de 1860, as referências ao “corpo neurológico”. Se a anatomopatologia tenta penetrar nos detalhes mais profundos do organismo sem se preocupar com a superfície, o saber neurológico caracteriza-se justamente por se constituir como uma descrição de superfície: visa descrever condutas, reações, ações e as diferentes respostas a diferentes estímulos.¹²³

No entanto, a tentativa de localização anatomopatológica das afecções mentais pela psiquiatria manifesta-se como um fracasso na segunda metade daquele mesmo século, ou seja, fracassa a tentativa de inscrição da loucura no interior de uma sintomatologia médica geral, afinal, o corpo neurológico foge da psiquiatria, como também o corpo anatomopatológico. Nesse sentido, à medida que se firmam enquanto um olhar de superfície, que se atinham ao indivíduo, os

¹²²FOUCAULT, Michel. **O poder...**, p.. 346.

¹²³CAPONI, Sandra. Op. Cit., p. 35.

diagnósticos psiquiátricos passam a se valer de outros instrumentos para validar sua intervenção e acessar esse corpo psíquico: os interrogatórios, a hipnose e as drogas. A psiquiatria institui-se e firma-se, desta forma, como uma “medicina do não patológico”, afirma Foucault.¹²⁴

Em meados década de 1850, na França, esse corpo “fantasmagórico” ampliou-se para além das condutas e do histórico do paciente passando a abranger também a sua hereditariedade. Há o deslocamento de um olhar de superfície, que se atinha ao indivíduo, visando a disciplinarização de seus hábitos e a cura moral de sua loucura, para um olhar que considera sua ancestralidade e visa controlar sua descendência, com o intuito de evitar degenerações mentais futuras. É a teoria da degeneração, nascida no contexto da ideia de decadência que assolava o pensamento ocidental¹²⁵ e que teve no pensamento do psiquiatra francês Benedict Augustin Morel um dos seus principais defensores.

1.1 A TEORIA DA DEGENERAÇÃO

O marco inicial desse processo pode ser localizado, segundo Caponi, na obra de Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808). O médico teria sido um dos pioneiros na introdução do conceito de degeneração na medicina, transpondo e articulando a concepção de naturalistas como Georges Louis Leclerc Buffon (1707-1788) com a tradição médica hipocrática e as descobertas ocorridas entre a segunda metade do século XVIII e os primeiros anos do século XIX sobre a anatomopatologia do cérebro, desenvolvidas, por exemplo, por Giovanni Batiista Morgagni (1682-1771).¹²⁶

¹²⁴ FOUCAULT, Michel. **O poder...**, p. 346.

¹²⁵ HERMAN, Arthur. **A ideia de decadência na história ocidental**. Tradução de Chyntia Azevedo e Paulo Soares. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

¹²⁶ Segundo o psiquiatra francês Jean Delay (1907-1987), um dos responsáveis pela descoberta da clorpromazina (o primeiro psicofármaco) em 1952, Cabanis pode ser considerado o primeiro psicofisiologista moderno, ou seja, o primeiro a se destacar pelo estudo objetivo das relações entre o corpo e a mente. Segundo o psiquiatra, para Cabanis o cérebro teria como uma de suas funções digerir as impressões, fazendo a “secreção do pensamento”. Herdeiro e discípulo dos grandes enciclopedistas, as memórias de Cabanis sobre as “Relações do físico e do moral no homem” (entre 1796 e 1802) representaram uma reação contra a separação entre a alma e o corpo, característica do pensamento cartesiano. Seria essa mesma tradição, iniciada por Cabanis, que Delay representaria e renovaria mais tarde, ao defender a possibilidade de se intervir quimicamente no curso dos afetos mediante medicamentos psicoativos. (DELAY, Jean. **A psicofisiologia humana**. Tradução de Maria Manuela de Mendonça. Coimbra: Livraria Almedina, 1973).

Na psiquiatria, um dos marcos de sua consolidação como uma medicina do não patológico, elemento que lhe permitiu ampliar sua gama de atuação para além do corpo individual, conformando-se como aquilo que Caponi denomina uma “psiquiatria ampliada” pode ser localizado em 1857, com a publicação da obra de Benedict Auguste Morel “Tratado de degeneração física, intelectual e moral da espécie humana e das causas que produzem essas variedades doentias”¹²⁷. No bojo da publicação dessa obra, a ideia de degeneração, oriunda das ciências naturais, transposta para a medicina em geral e para a psiquiatria em particular, contribuiu para o desenvolvimento de um programa de investigação sobre as patologias mentais, pautado pela psiquiatrização do que passou a ser considerado como “anomalias”. Tais anomalias constituíram desvios frente ao tipo normal de humanidade, conforme destaca Portocarrero:

As degenerescências são desvios patológicos do tipo normal de humanidade, transmitidos hereditariamente; originam-se por intoxicações diversas, por moléstias adquiridas ou congênitas ou por influências do meio social ou da hereditariedade. A evolução própria à doença mental se explicava pela herança da enfermidade que, uma vez instalada, segue seu curso e se transmite à descendência até a extinção da linhagem.¹²⁸

Segundo Sandra Caponi, a “teoria da degeneração” caracterizava-se, em linhas gerais, pela pretensão em criar uma classificação consistente das patologias mentais que não se sustentasse somente pela diferenciação dos sintomas ou nas manifestações exteriores, mas, sobretudo, pela determinação e classificação etiológica: mais do que definir manifestações e sinais exteriores e individuais, era necessário desvendar as causas gerais dos males da mente para se estabelecer uma terapêutica apropriada. E dentre as causas consideradas mais influentes, a hereditariedade passou a merecer forte destaque. Tal empreendimento exerceu influência sobre os estudos dedicados às afecções mentais, entre o final do século XIX e o início do século XX.

Segundo argumentava Morel, indivíduos degenerados são parte de famílias, de grupos de seres degenerados. Chamava a atenção para a contaminação de toda a linhagem familiar, com a degradação crescente de uma geração para a outra,

¹²⁷ MOREL, Auguste Benedict. **Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine et des Causes qui Produisent ces Variétés Maladies.** Paris: J.B. Bailliere, 1857.

¹²⁸ PORTOCARRERO, Vera. Da doença mental à anormalidade. In: _____. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade história da psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. P. 49. (Loucura e Civilização).

maculando e ameaçando o progresso intelectual de toda uma nação.¹²⁹ Identificar as causas hereditárias dos males mentais propiciaria mapear esse processo de degeneração, intervindo, terapêutica e preventivamente.

Os argumentos trazidos por Morel colocam em questão a proposta de tratamento moral representada pela psiquiatria clássica e abrem caminho para uma mudança significativa na concepção teórica de doença mental, influenciando também na sua terapêutica, uma vez que a sua inteligibilidade pressupõe uma causa oculta – a hereditariedade - não mais apenas dada pelo signo e pelo sintoma, visíveis ao médico.

Morel transfere a inteligibilidade da doença mental, antes dada pelo sintoma e pelo signo, para uma causalidade oculta que põe em movimento o processo de evolução da doença, usando esses dois critérios – causalidade e evolução – para a composição do quadro nosográfico dos distúrbios psíquicos. Para ele, é importante conhecer as condições degenerativas...¹³⁰

As condições degenerativas passam a ser consideradas o terreno propício para a evolução da doença psíquica e o pano de fundo para a composição das nosografias. A psiquiatria amplia, dessa forma, o seu poder de atuação na medida em que se incumbe da tarefa de estabelecer vínculos entre um desvio de conduta e um estado anormal de comportamento (herdado). Essa correlação implicaria numa intervenção psiquiátrica sobre os primeiros e os menores sinais de uma afecção mental futura. Entre o louco e o não louco, passa a existir todo um espectro de transições, manifestas nas condutas, nos estados de ânimo, na intensidade dos afetos e no comportamento em relação ao considerado socialmente equilibrado e, portanto, sadio.

É nesse contexto que se articula todo um discurso e uma prática psiquiátrica em torno da figura dos chamados “anormais”: é preciso identificar as pequenas anomalias, os pequenos desvios, as manifestações antes consideradas como sofrimentos psíquicos e as condutas antes tidas como inadequadas, os menores sinais de irregularidade como sinais dessa degeneração e atuar de modo a antecipar a emergência das afecções mentais. A passagem do termo melancolia para o termo depressão nos manuais de psiquiatria franceses e, sobretudo, alemães na segunda

¹²⁹ SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.447-473.p.450.

¹³⁰ Id.

metade do século XIX, e que implicou tanto em uma transição terminológica quanto epistemológica, é parte desse processo.

1.2 GRIESINGER E A AFIRMAÇÃO DE UMA ETIOLOGIA BIOLÓGICA PARA A DEPRESSÃO

Segundo Orlando Coser¹³¹ a depressão passou a ser incluída como uma categoria clínica somente a partir da segunda metade do século XIX, com os escritos do psiquiatra Jean-Pierre Falret (1794-1870). O termo aparece também na obra do psiquiatra e neurologista alemão Wilhelm Griesinger (1817-1868) segundo o qual a melancolia é uma forma de depressão mental¹³². Catedrático da Universidade de Frankfurt, Griesinger foi o primeiro titular da clínica psiquiátrica do Hospital Burgölzli, em 1860. O médico pode ser também considerado um dos principais responsáveis pela difusão de uma compreensão biológica das afecções mentais, uma vez que para ele a loucura, em todas as suas manifestações (incluindo-se aí a melancolia) não teria outra origem que não a de uma afecção no cérebro, concebendo as reações sintomáticas como tentativas efetivadas por esse órgão no sentido de sua reestabilização.¹³³

A posição geral defendida por Griesinger (...) foi a de que as doenças mentais são, em última instância, doenças do cérebro, sendo este o órgão acometido na loucura. Mais especificamente, as manifestações sintomáticas constituem por si mesmas reações e tentativas de reestabilização desse órgão com o funcionamento morbidamente perturbado. O cérebro funcionaria segundo um sistema mais complexo de arco reflexo, tal como observado em níveis neurológicos inferiores. Nesse sentido, Griesinger foi o responsável pela consolidação daquilo que Shorter (...) denominou 'a primeira psiquiatria biológica'(...) , ou seja, superando as teorias humorais prévias, os alienistas do século XIX passaram a buscar em grande parte graças à influência de Griesinger e segundo uma epistemologia e uma metodologia próprias às ciências naturais o estabelecimento de relações clinicamente significativas entre o cérebro e determinados estados mentais. Essa "primeira psiquiatria biológica" encontraria seus limites nos impasses constituídos pela teoria da degeneração.¹³⁴

¹³¹ COSER, Orlando. Melancolia e depressão na psicopatologia clássica. In: _____. Depressão: clínica, crítica e ética.[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

¹³² Ver a esse respeito o capítulo um do terceiro livro da obra intitulada: "Pathologie und therapie der psychischen krankheiten", publicada originariamente em 1845. Neste trabalho, utilizamos a tradução para o inglês "Mental Pathology and Therapeutics" publicada a partir da segunda edição do alemão (1861) em 1867.

¹³³ GRIESINGER, W. **Traité sur lapathologie et la thérapeutique des maladies mentales**. Paris: A. Delahaye Libraire-Éditeur, 1873.

¹³⁴ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Griesinger e as bases da "primeira psiquiatria biológica". **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. V. 10. N.4, São Paulo, Dez.2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400010. Acesso em: 17/07/2014.

A principal obra de Griesinger, considerada revolucionária em sua época, é “Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mental” (publicada quando tinha apenas vinte e oito anos de idade) considerada segundo Bercherie, o primeiro tratado de psiquiatria propriamente dito, afastando-se do estilo literário-filosófico de Pinel e constituindo-se como um manual de cunho didático e voltado a uma consulta dirigida¹³⁵. A forma de divisão do texto de Griesinger, caracterizada por se apresentar organizada em considerações gerais, semiologia, etio-patogenia, formas clínicas, anatomia patológica, prognóstico e tratamento, tornar-se ia a base da formatação dos tratados de psiquiatria a partir de então.¹³⁶

Em relação à melancolia, Griesinger destaca em sua obra que o afeto fundamental nesse tipo de afecção mental consistia numa influência mórbida de uma afecção negativa e dolorosa *depressão* – em um estado mental triste. Este estado poderia, no início, na simples e mais primitiva configuração de melancolia, continuar na forma de um vago sentimento de opressão, ansiedade, desânimo, e tristeza; geralmente, este sentimento vago e obscuro de desconforto se torna uma concreta percepção dolorosa.¹³⁷

É nesse contexto, afirma o autor, que surgiam pensamentos e opiniões em harmonia com a disposição mórbida da mente, e sem correspondentes externos, numa espécie de delírio – sem febre nem furor - que se voltava constantemente sobre um único e tormentoso assunto (a fixação em uma só ideia). Nesse estado, o intelecto apresentaria uma forma anômala, restringido no exercício de sua liberdade, lento e vagaroso; os pensamentos se tornavam monótonos e vagos. A reação ao mundo externo é enfraquecida (uma espécie de anestesia mental que pode ir da indiferença ao estupor), ou exagerada (uma hiperesthesia mental em que todas as impressões são dolorosas).¹³⁸ Muitas vezes, no entanto, estas duas formas eram encontradas em um mesmo paciente alternando-se uma com a outra.

Ainda segundo Griesinger, a vontade também é afetada, diretamente diminuída e enfraquecida, em outras vezes era convulsivamente restringida (ausência de energia e de vontade). Aspiraões e impulsos de vontade em que o

¹³⁵BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

¹³⁶ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Op.Cit.

¹³⁷GRIESINGER, W. **Mental Pathology and Therapeutics**. Translated from the german (second edition) by C. Lockhart Robertson and James Rutherford. London: Teh New Sydenham, 1867.p. 209.

¹³⁸ Id.

material e o objeto são oferecidos pela mente mórbida podem aparecer; ou ainda um elevado grau de dor moral que excita vários impulsos de uma personalidade desorientada, que se manifesta em intensa inquietação. A continuidade e o aumento que causam estas formas de melancolia podiam assumir um caráter diferente – os vários tipos de melancolia – ou ainda, passar para outra variedade completamente outra: a mania.¹³⁹

A melancolia que precede a depressão às vezes aparecia externamente como a continuação direta de alguma emoção dolorosa dependente de uma causa objetiva (causas morais da insanidade), por exemplo, a dor, o ciúme; e por outras afecções acessórias que o acompanham. Em outros casos a melancolia se originava sem uma causa moral, embora mais frequentemente tais causas existam, mas se não se originava destas certamente eram a sua continuação. Mesmo assim, só se manifestava após esses afetos terem realizado distúrbios consideráveis na função e nutrição do sistema nervoso, minando toda a sua constituição.

Notemos que em Griesinger a melancolia vai se transformando em um sintoma da depressão, algo que a precede. O estado patológico é definido como uma depressão da vontade, um embotamento psíquico. Algo importante a ser destacado também é o fato de subdividir esse estado em outros subtipos, diluindo o que até o século XVIII era considerada uma única figura da loucura – a melancolia – em cinco manifestações diferenciadas de uma mesma afecção. Na nomenclatura dos diferentes estados depressivos ainda utiliza o termo melancolia. Seriam eles: hipocondria, melancolia em um sentido mais limitado, melancolia com estupor, melancolia com tendências destrutivas (subdividida em melancolia com tendência suicida e melancolia com tendência destrutiva e assassina) e finalmente, melancolia com excitação persistente da vontade. Elabora sua classificação tendo como base inúmeros relatos de observações clínicas (aos quais ele chama de exemplos) totalizando mais de vinte casos diferentes somente no capítulo destinado à melancolia.

Griesinger não desconsiderava causas morais como desencadeantes da melancolia, destacava inclusive que estas causas eram as mais comuns, no entanto, se relacionariam a afetos exacerbados e fora de controle (como o ciúme) os quais realizariam distúrbios consideráveis no sistema nervoso, comprometendo sua

¹³⁹ Id.

constituição e gerando afecções cerebrais, afetando o cérebro e desencadeando a melancolia. Há uma correlação entre afetos e afecções mentais, portanto. Embora não se desconsiderasse a influência dos primeiros sobre as afecções, defendia que estas se desenvolviam no cérebro e, no caso da melancolia, se manifestariam como um estado mental triste, uma dolorosa depressão do humor. Por isso, se a causa da melancolia podia ser externa, é internamente que ela devia ser tratada pois é no cérebro que se realizava.

Em nossa concepção, a obra de Griesinger contribuiu para estabelecer as bases de uma primeira psiquiatria biológica¹⁴⁰, e, mais especificamente no caso da depressão, contribuiu para a transição de uma concepção moral de melancolia para uma visão organicista e ampliada de uma nova afecção mental, passando a nomeá-la como depressão.

No entanto, a psiquiatria biológica encontraria seus limites na teoria da degeneração de origem francesa, que surtiu forte influência no pensamento geral de outro psiquiatra alemão: Emil Kraepelin (1856-1926), o qual teria dado continuidade aos argumentos do francês Auguste Morel em suas obras¹⁴¹, buscando comprovar a etiologia hereditária das afecções mentais, entre elas, a depressão inserida dentro de um quadro psíquico mais complexo: a psicose maníaco-depressiva.

1.3 KRAEPELIN E A ETIOLOGIA HEREDITÁRIA DA PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA

No contexto da institucionalização da teoria da degeneração como campo de pesquisa, na Europa da segunda metade do século XIX, a psiquiatria amplia seu poder de atuação na medida em que se incumbe da tarefa de estabelecer vínculos entre um desvio de conduta e um estado anormal de comportamento (herdado) e que implicaria numa intervenção psiquiátrica. Esse deslocamento das patologias às anomalias e das lesões orgânicas para as síndromes de degeneração propicia uma multiplicação e uma dinastia de “síndromes”, que passam a fazer parte dos manuais

¹⁴⁰ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Op.Cit.

¹⁴¹ FACCHINETTI, Cristiana; MUÑOZ, Felipe Neves. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciências e Saúde -Manguinhos*. V. 20, N. 1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2013. (Dossiê Brasil-Alemanha – Relações Médico-Científicas). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702013000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 16/07/14.

de psiquiatria a partir do final do século XIX e que tem no Psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) seu maior expoente¹⁴².

É ao longo desse período que podemos perceber a transição de uma concepção clássica, pautada no tratamento moral da melancolia, passando por uma concepção biológica, pautada numa localização cerebral dessa afecção mental, com Griesinger, para uma concepção biológica propriamente dita das afecções mentais, consideradas num contexto maior da teoria da degeneração, que, embora de origem francesa, parece ter surtido influência no pensamento geral de Emil Kraepelin, o qual teria dado continuidade a esse pensamento em suas obras.¹⁴³

O novo modelo de nosografia por ele instituído propõe uma classificação não apenas do doente mental propriamente dito, mas dos pequenos desvios, das pequenas anomalias que funcionaram como que sinais psíquicos de possíveis loucos, futuros loucos, loucos em potencial. Nessa nova concepção, todo desvio mental pode ser entendido como um sinal de anormalidade e passível de uma intervenção psiquiátrica “preventiva”: uma profilaxia da loucura.

Um marco importante dessa transição, assinalado por Portocarrero, é que a psiquiatria amplia o seu espaço de atuação não apenas em relação ao corpo do indivíduo tido como anormal (buscando investigar, analisar, envolver as condutas, as manifestações afetivas, o comportamento de um doente mental em potencial), mas também o espaço físico de sua intervenção: para além dos muros dos asilos, se expande para as escolas, para as famílias, intervindo não apenas sobre o

¹⁴²Dentre a obra de Kraepelin, um pequeno texto, em especial, vincula-se à consolidação da teoria da degeneração na psiquiatria moderna: trata-se do livro: “Sobre a questão da degeneração”, publicado em 1908.

¹⁴³Segundo Cristiana Facchinetti e Pedro Felipe Neves de Muñoz: “Alguns autores que têm analisado Kraepelin destacaram o papel da degeneração em seu trabalho, bem como sua continuidade frente aos conceitos de degeneração dos alienistas franceses. Ey (1956, citado em Birman, 2010, p.351), por exemplo, em seminário teórico voltado para o centenário de Kraepelin, destacou sua ênfase na constituição biopsicológica do indivíduo. Birman (2010, p.351) ressalta também a problemática da periculosidade social colocada pelas perturbações mentais no discurso psiquiátrico de Kraepelin, que se articulava intimamente com um fundo constitucional e endógeno, isto é, degenerativo, o que retomaria a perspectiva de Morel, Magnan e Legrain, no século XIX. Sandra Caponi (2010, p.480), igualmente, afirma, a partir da análise epistemológica de um pequeno texto de Kraepelin sobre a degenerescência, de 1908, que para esse autor haveria uma delicada trama de fatos sociais e transformações biológicas a partir da qual se produziriam as enfermidades, se debilitariam os corpos e degenerariam as famílias e as raças. Tal perspectiva faz a autora considerar Kraepelin integrado à agenda de médicos e alienistas desde os inícios do século XIX. Caponi enfatiza ainda que, Kraepelin, assim como Morel, referia-se tanto à degeneração de indivíduos e linhagens familiares como à degeneração de povos e raças”. (FACCHINETTI, Cristiana; MUÑOZ, Felipe Neves. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. **História, Ciências e Saúde -Manguinhos**. V. 20, N. 1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2013. (Dossiê Brasil-Alemanha – Relações Médico-Científicas). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702013000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 16/07/14.

considerado doente mental, mas sobre as situações que podem vir a causar a degeneração mental, sobre as possíveis e prováveis anomalias, justificando via medicina científica, a intervenção psiquiátrica sobre os virtualmente doentes, sobre os anormais:

No concernente à teoria, esta ruptura se caracteriza pelo estabelecimento de uma nova nosografia como a de Kraepelin , que classifica ‘cientificamente’ casos de anormalidade – todo desvio mental - e, de um modo geral, fornece um corpo conceitual que justifica, com base na medicina ‘científica’, não só o seqüestro do louco, mas a intervenção psiquiátrica sobre os indivíduos anormais. No concernente à prática, a ruptura se manifesta na criação de um sistema de assistência abrangente , que não se restringe mais ao doente mental, nem se limita ao espaço do asilo fechado, como no século XIX. No século XX, a prática psiquiátrica incidirá sobre aqueles que apresentam desvios mentais, atuais ou potenciais, loucos ou virtualmente loucos, e penetrará em instituições, como a família, a escola, as Forças Armadas , com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, combatendo a doença mental propriamente dita e a anormalidade.¹⁴⁴

Em 1899, E. Kraepelin, na terceira edição de seu “Tratado” reuniu os quadros díspares de mania ou exaltação, de melancólicos periódicos, intermitentes, mistos, sob o nome de “psicose maníaco-depressiva”. Escreveu em Munique, Baviera, onde na época, trabalhava como diretor de uma clínica psiquiátrica. Com base em suas observações e nos estudos sobre a etiologia genética da psicose maníaco-depressiva, teria afirmado que pelo menos de 10 a 15% dos internados nos asilos psiquiátricos de sua região apresentavam esse diagnóstico.¹⁴⁵

Ora mania, ora melancolia: os dois quadros como manifestações de um mesmo estado patológico. As formas se sucedem, transitam sem que se possa marcar o limite entre onde uma começa e outra termina. Essa é a ideia central de “A loucura maníaco-depressiva”.

Segundo pudemos entender, para delinear as diferentes formas da loucura (maníaca ou depressiva) que, segundo Kraepelin, se alternavam hereditariamente, o psiquiatra buscava, primeiramente, identificar mediante o trabalho clínico com pacientes internados, os signos psíquicos (comportamentos, afetos, posturas que sob o olhar do médico psiquiatra se tornam sinais de determinada patologia mental, presente ou futura) que distinguiriam a mania da depressão, na sequencia, se

¹⁴⁴ PORTOCARRERO, Vera. Juliano Moreira e a metamorfose da psiquiatria brasileira. Conceito. **Revista de Filosofia e Ciência do Homem**. Loucura e Desrazão. N. 1, Outono de 2005. Disponível em: http://www.pgfil.uerj.br/pdf/publicacoes/portocarrero/portocarrero_03.pdf. Acesso em: 18/07/2014.

¹⁴⁵ GARCIA, J. Alves. Uma doença em vias de transição. Psicose maníaco-depressiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V. 6, N.1, 1957. P 5-22.

dedicava ao estudo dos casos clínicos em que os signos psíquicos dessas duas patologias se alternavam num mesmo doente, conforme o relato a seguir:

Distinguimos, assim, em princípio, *estados maníacos*, cujos sinais essenciais são a fuga das idéias, o humor alegre e a necessidade imperiosa de atividade; e *estados melancólicos* ou *depressivos*, caracterizados pela tristeza ou a angústia e pela dificuldade de pensar e agir. São essas duas formas clínicas opostas que deram seu nome à doença. Mas ao lado delas, observamos ainda em clínica *estados mistos* nos quais as manifestações maníacas e melancólicas se associam entre elas, de modo que se obtém um tipo em que se encontram os mesmos sintomas que nos precedentes estados, mas que não podem ser ordenados sem violar a lógica nem em uma nem em outra categoria.¹⁴⁶

A percepção destes signos é bem mais sofisticada e multifacetada se compararmos com as descrições presentes nas nosografias do final do século XVIII e início do século XIX (como a escrita por Pinel e por nós analisada na primeira parte da tese).

Dizem respeito ao humor, ao comportamento, à apercepção do mundo ao redor, aos hábitos, à velocidade do pensamento e ao encadeamento das ideias no momento da fala, além de signos físicos, tais quais: peso, pulso, pressão arterial, frequência dos batimentos cardíacos, alimentação e funcionamento do intestino, respiração, entre outros.

São descrições pormenorizadas de cada estado, cada afeto, cada humor e comportamento, enriquecidas por fotos, dados organizados em tabelas e quantificados em gráficos numa clara tentativa de tratamento empírico do fenômeno psíquico, mediante sua observação, comparação, levantamento de hipóteses, quantificação, apresentação dos resultados e sua organização em classificações, tipologias. Dentre os signos psíquicos da PMD, sintetizamos signos mencionados pelo autor.

1.3.1 A Apercepção

Ato pelo qual a impressão é apreendida pelo espírito e incorporada ao grupo das sensações antigas e dos elementos psicológicos. A apercepção seria enfraquecida na mania – os maníacos percebiam as coisas de uma maneira superficial e imprecisa; falavam sem parar (tinham respostas prontas e rápidas porém o pensamento era desconexo). Nos estados depressivos, a apercepção era

¹⁴⁶ KRAEPELIN, Emil. **A loucura maníaco-depressiva**. Tradução de Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012. P. 6

menos afetada e se em casos mais graves se notava diminuição da capacidade de reconhecimento dos sinais externos é porque as impressões do mundo externo já não provocavam nenhum eco na consciência¹⁴⁷. É um quadro de lentidão psíquica associado à dificuldade de compreensão: uma situação em que há problemas para compreender os acontecimentos e elaborá-los intelectualmente.¹⁴⁸

1.3.2 A Memória

A memória também seria prejudicada: segundo Kraepelin, os depressivos muitas vezes eram incapazes de recordar os acontecimentos mais simples, em alguns casos, precisavam refletir muito para dizer a data do seu nascimento, o nome do seu filho, o resultado de um cálculo, envolvendo-se em contradições grosseiras que eles, de algum modo, tentavam consertar, pois, diferentemente dos estados maníacos, tinham consciência de sua situação.¹⁴⁹

1.3.3 O Pensamento

Embora fosse mais comum nos estados maníacos, nos doentes deprimidos identificava-se também com alguma frequência episódios de fugas de ideias, algo muitas vezes difícil de detectar uma vez que eram avaros nas palavras. Kraepelin, baseado em observações clínicas, menciona que os depressivos por vezes queixavam-se de ter pensamentos demais na cabeça, de não poderem rezar, concentrar-se ou trabalhar porque pensamentos intrusos viriam à cabeça, noutras vezes, os pensamentos simplesmente sumiriam, (como se a cabeça estivesse vazia) impossibilitando que se organizasse o discurso, as palavras. Outro sinal dessa fuga de ideias é o fato de que, segundo Kraepelin, a percepção do mundo externo ficava embotada: tudo parecia pálido e/ou descolorido e por isso tornava-se difícil descrever uma pessoa, uma cidade, um acontecimento. As coisas tinham um aspecto na lembrança mas não apresentavam luz nem cor.¹⁵⁰

No entanto, uma das características centrais no curso de um estado depressivo seria a ideia fixa, reiterando, dessa forma, as considerações já presentes

¹⁴⁷ Ibid., p. 10.

¹⁴⁸ Ibid., p. 7-9.

¹⁴⁹ Ibid., p. 12.

¹⁵⁰ Ibid., p. 23.

na nosógrafa filosófica de Pinel, por nós anteriormente analisada e também os postulados propostos por Griesinger. A repetição constante de um mesmo pensamento: “Os doentes repetem sempre os mesmos pensamentos, não se deixam afastar deles, voltam depois de cada questão nova à sua eterna lamentação (...) Às vezes, essas ideias que reaparecem sempre apesar da vontade do doente tomam o caráter de ideias obsedantes”.¹⁵¹

1.3.4 O Fluxo das Ideias

Enquanto na mania verificava-se a logorreia (o falar sem parar, o jorrar intermitente de palavras) sem riqueza de ideias, reduzida a uma repetição monótona, nos estados depressivos, observou um forte sentimento de desconforto intelectual uma vez que existia a consciência de que a inibição do pensamento podia ser superada por um esforço da vontade, mas era justamente esse esforço o ponto crítico nesses estados.

Kraepelin menciona que no estado depressivo havia como que uma espécie de paralisia do espírito: os doentes sentiam-se como se seu pensamento estivesse acorrentado, sua vontade, embotada, diminuída: levavam-se horas, dias para terminar um trabalho que antes era realizado em alguns minutos. Um desconforto intelectual, associado à sensação de embotamento da vontade manifestos por uma vagarosidade psíquica e por uma lentidão motora.

A necessidade de atividade, comum nos maníacos, era substituída nos depressivos pela inibição da vontade: o desempenhar das ações mais simples e corriqueiras tornava-se penoso, difícil, quase impossível.¹⁵²

1.3.5 O Delírio

Assim como nos estados maníacos, nos estados de depressão as ideias delirantes também seriam frequentes embora menos aparentes ao olhar menos advertido. Um exemplo típico são as doenças imaginárias (hipocondria), as ideias de autoacusação ou o sentimento de incapacidade, de improdutividade. Outro diferencial é que, ao contrário dos estados maníacos, os depressivos tinham

¹⁵¹ Id.

¹⁵² Ibid., p. 22-25.

consciência de seu estado patológico. As alternâncias bruscas de humor, muito frequentes no estado maníaco, aconteciam também nos depressivos, embora com menos intensidade e frequência.¹⁵³

1.3.6 O Sentimento em Relação a Si Mesmo

O sentimento dominante nos estados de depressão seria a sensação de peso, acompanhada de um desespero sombrio. Às vezes, os doentes se mostravam constantemente abatidos, desanimados e apáticos, noutras, manifestavam uma agonia e um tremor interior, uma tensão intermitente e torturante que ora se apresentava como o desespero mudo e irracional ora como uma agitação ansiosa que podia evoluir para uma excitação violenta na qual o depressivo era capaz de atentar com furor contra a própria vida.

Aliás, a ideação e a prática suicida se manifestavam nesses momentos, como alternativa final para por fim ao desgosto da vida. Cita ainda os casos em que esse desgosto, esse desânimo perante a vida era demonstrado de outra forma: descreve um tipo específico em que são carrancudos, irritadiços, rabugentos e implicantes. Acreditando que o mundo estaria contra eles, tudo cansava e aborrecia esses doentes – a música, o sol, a alegria alheia –. Kraepelin reconhece que estes casos eram encontrados mais propriamente nos estados de transição de um estado depressivo para um estado maníaco do que propriamente nos estados depressivos.

1.3.7 Os Signos Físicos

O psiquiatra alemão menciona ainda signos físicos, dentre eles, os mais constantes seriam as oscilações no sono e no peso: os deprimidos apresentavam pouca inclinação para se alimentar, por vezes comiam sob pressão ou com repugnância (casos comuns de língua esbranquiçada e prisão de ventre) outros apresentavam, em certos momentos ou de forma continuada, uma fome devoradora, sem fim (indício de ansiedade)¹⁵⁴ O autor elabora e apresenta gráficos mostrando fortes oscilações de peso ao longo de um ano em um estado depressivo e ao longo

¹⁵³ Ibid., p. 27-29.

¹⁵⁴ Ibid., p. 54.

de três anos em um acesso de depressão em marcha vagarosa¹⁵⁵. Denota também oscilações de pulso e pressão arterial, verificadas, registradas e comparadas mediante gráficos.¹⁵⁶

1.3.8 A Classificação dos Estados Depressivos e a Influência de Kraepelin

Finalmente, apresenta as classificações clínicas dos estados depressivos: melancolia simples (note-se que, da mesma forma que na obra de Griesinger, a melancolia passa a ser uma subcategoria da depressão); estupor, melancolia grave, melancolia paranoide, melancolia fantástica e melancolia confusa. A classificação de Kraepelin influenciou psiquiatras europeus (e também americanos) pelo menos até a primeira metade do século XX e os signos psíquicos e físicos para o diagnóstico da mania e da depressão, ou ainda, da Psicose Maníaco-Depressiva, exerceram influência sobre manuais psiquiátricos mais recentes, como o DSM-III, datado de 1980 e formulado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA).¹⁵⁷

Ainda na Alemanha, em 1920, o psiquiatra Kurt Schneider (1887-1967), inspirado pelos fenomenologistas (notadamente Max Scheler) tentava identificar os distúrbios dos sentimentos vitais, seja da trilogia melancólica (tristeza, inibição motora, pensamento inibido) seja da tríade maníaca (alegria, exaltação, pensamento ideofugitivo) definindo o quadro como uma distímia corporalizada, encarnada, de causas extra psíquicas, sem motivação externa, ou reacional, com seu fundamento orgânico (parte de distúrbios endógenos) cuja unidade reconhecia e cuja evolução natural seria a curabilidade. Adota o termo “ciclotimia”, menos estigmatizante que

¹⁵⁵ Ibid., p. 57.

¹⁵⁶ Ibid., p. 52-63.

¹⁵⁷ A obra de Kraepelin exerceu grande influência não apenas no início do século XX, mas também no final daquele mesmo século. Um grupo de psiquiatras da Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA) envolvidos com a elaboração da terceira edição do “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM)” publicada em 1980 assumidamente se declaravam neokraepelinianos, herdeiros dos ensinamentos de Kraepelin. Não é à toa, que o DSM III como é conhecido, marca definitivamente a consolidação da Psiquiatria Ampliada enquanto uma medicina do não patológico, mas, ao mesmo tempo, como o saber, por excelência, capaz de diagnosticar as causas, intervir no curso, terapêutica ou preventivamente sobre um infindável número de anomalias e sofrimentos psíquicos, transformadas em síndromes e transtornos mentais. A esse respeito, ver o artigo de Ana Venancio: VENÂNCIO, Ana; RUSSO, Jane. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica do DSM III”. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**. Ano IX, n. 3, set./2006. p.460-483.

“loucura ou psicose maníaco-depressiva” pois, segundo Schneider esses “doentes” não seriam loucos¹⁵⁸.

Com esse diagnóstico, Schneider identificou em apenas 5 % dos 1053 internados na clínica psiquiátrica de Munique a ciclotimia, estatística bem mais modesta que a calculada por Kraepelin alguns anos antes. Nas décadas de 1930 e 1940, Ernst Rüdin (1874-1952), sucessor de Kraepelin no grupo de psiquiatria da clínica de Munique e o grupo de psiquiatras por ele influenciados (o grupo de Munique, como ficou conhecido) foi um dos principais responsáveis pelo crescimento das pesquisas sobre os fatores genéticos da depressão, da mania e da psicose maníaco-depressiva.

Segundo esse grupo de pesquisadores, se um dos conjugues fosse circular, 33 % dos filhos seria ciclóides ou portadores de anomalias psíquicas afins. Se ambos os progenitores fossem ciclóides, 62% da prole exteriorizariam sintomas da psicose e 37% apresentaria anomalias afins, num total de 99% de gens patológicos.¹⁵⁹ É a influência da teoria da degeneração no discurso psiquiátrico sobre a depressão em suas origens...

1.4 A TEORIA DA DEGENERAÇÃO SOB UMA PERSPECTIVA BIOPOLÍTICA

Acreditamos que a consolidação da psiquiatria ampliada, ancorada, entre outras coisas, na “teoria da degeneração” pode ser interpretada como parte de um processo histórico mais complexo, conceituado por Michel Foucault como “biopolítica”. O conceito foi enunciado, pela primeira vez pelo filósofo, numa conferência proferida na Universidade do Rio de Janeiro em 1974 e publicada, em 1977, sob o título de “O nascimento da medicina social”.¹⁶⁰

¹⁵⁸GARCIA, J. Alves. Op.cit., p.8-9.

¹⁵⁹Ibid., p. 9-10.

¹⁶⁰Em sua trajetória intelectual, o filósofo Michel Foucault desenvolveu uma “pesquisa histórico-genealógica” de inspiração nietzschiana, investigando, primeiramente, a constituição dos saberes em relação à sua configuração e aos seus deslocamentos frente ao campo epistêmico: o elemento subterrâneo que configura o que pode ser pensado, o enunciável e o indizível, em diferentes épocas e espaços. A essa primeira fase do seu percurso intelectual, também denominada *arqueológica*, correspondem obras como *A História da Loucura na Idade Clássica* (1961); *Nascimento da Clínica* (1963); *As Palavras e as Coisas* (1966) e *A Arqueologia do Saber* (1969). As obras da década de 1970 são caracterizadas por estudiosos como Roberto Machado ¹⁶⁰ como parte da segunda fase da investigação foucaultiana, também denominada *Genealógica* e que contemplam o desenvolvimento de um método genealógico na configuração de uma *análítica do poder* na modernidade em sua relação com os saberes, destacando-se os textos: *Nietzsche, a Genealogia e a História* (1971); *O Poder Psiquiátrico* (1974); *Vigiar e Punir* (1975); *Os Anormais* (1975); *Nascimento*

Para entendermos o que esse conceito significa no contexto da obra foucaultiana e como é possível pensar, a partir dele e com Foucault, a constituição do saber psiquiátrico, é importante primeiro entender como o filósofo entende o processo pelo qual os saberes se diversificam, se especializam e se afirmam enquanto práticas discursivas a partir do final do século XVII no ocidente.

Dentre as múltiplas possibilidades que se colocam quando nos dispomos a pensar com Foucault sobre a modernidade¹⁶¹, a questão da relação entre a constituição dos saberes sobre o homem e os poderes que esses saberes engendram sobre os corpos dos indivíduos nos parece de intensa relevância. Uma das formas de se explorar essa questão é partindo das considerações sobre a categoria do sujeito, que, de acordo com o filósofo, é algo construído historicamente. Mas como se situar em relação ao processo de construção histórica do sujeito no pensamento de Foucault? De acordo com Ana Maria Burmester, mediante a análise de como ele foi pensado e construído, por diferentes disciplinas, em seus saberes e práticas diferenciados¹⁶²

A *épistémè* - princípio ordenador sob o qual se constitui o saber em cada época - se modifica a partir do final do século XVII no ocidente: se na idade clássica esse princípio era a ordem, a classificação, na passagem do século XVIII para o XIX esvai-se esse solo comum que antes ordenava os saberes e a historicidade vai se tornando o novo terreno a partir do qual o pronunciável e o dizível é definido:

da *Biopolítica* (1978-1979); *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber* (1976) e *A Microfísica do Poder* (1979), entre outros. A terceira e última fase do pensamento foucaultiano é caracterizada como *Ética*, e a ela correspondem os volumes 2 e 3 da *História da Sexualidade* (1984), *O Uso dos Prazeres e O Cuidado de Si; O que é um autor* (1983); *A hermenêutica do Sujeito* (1981-1982); *A Verdade e as Formas Jurídicas* (1996), entre outros. É nesta fase que se situam os textos em que se pode perceber um debate mais intenso sobre as possibilidades de resistência às estratégias de sujeição postas pelos diferentes discursos que atravessam a categoria do sujeito.

¹⁶¹ Compreendemos *Modernidade* a partir das discussões de autores como Anthony Giddens, quando afirma: “O que é modernidade? Como uma primeira aproximação, digamos simplesmente o seguinte: ‘modernidade’ refere-se a estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundial em sua influência.” (GIDDENS, Anthony. **As Consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: UNESP, 1991. p. 11).

¹⁶² BURMESTER, Ana Maria. A vida como obra de arte: o sujeito como autor? In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. (Orgs.) **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 27.

É esta configuração que, a partir do século XIX, muda inteiramente; a teoria da representação desaparece como fundamento geral de todas as ordens possíveis; a linguagem, por sua vez, como quadro espontâneo e quadriculado primeiro das coisas, como suplemento indispensável entre a representação e os seres, desvanece-se; uma historicidade profunda penetra no coração das coisas, isola-as e as define na sua coerência própria, impõem-lhes formas de ordem que são implicadas pela continuidade do tempo; a análise das trocas e da moeda cede lugar ao estudo da produção, a do organismo toma dianteira sobre a pesquisa dos caracteres taxinômicos; e, sobretudo, a linguagem perde seu lugar privilegiado e torna-se, por sua vez, uma fissura da história coerente com a espessura de seu passado. Na medida, porém, em que as coisas giram sobre si mesmas, reclamando para seu devir não mais que o princípio de sua inteligibilidade e abandonando o espaço da representação, o homem, por seu turno, entra, e pela primeira vez, no campo do saber ocidental.¹⁶³

Nesse processo, segundo Foucault, se afirmaram os saberes sobre o homem, que se transformou ao mesmo tempo em sujeito e objeto de análise. Sendo a *épistémè* o princípio ordenador do saber em cada época, os saberes sobre o homem nascidos com a modernidade têm como princípio legitimador comum (como *épistémè*) a História, que substitui a Ordem, conforme destaca André Duarte:

Com o surgimento da *épistémè* moderna, argumentou Foucault, a *História* substituiu a *Ordem* como determinação do modo de ser da ordem, constituindo-se, assim, o novo *a priori* que permitiria a constituição de objetos empíricos para um sujeito do conhecimento também ele empírico e exposto ao conhecimento objetivo de si mesmo. (...) Essa mutação afetou a antiga autonomia soberana da representação e da análise das representações como constituintes do solo comum do saber clássico, pois os novos objetos empíricos denominados vida, linguagem e trabalho escapam ao livre jogo das representações para aparecer, pela primeira vez, em sua concretude histórica e objetiva.¹⁶⁴

E o lugar em que essa historicidade é tida como legítima, na época moderna, no ocidente, é a academia. Portanto, passam a ser considerados legítimos (discursos tidos como válidos e verdadeiros) aqueles que têm como pano de fundo dos seus estudos uma ordenação de caráter histórico e que advém de instituições acadêmicas. Trata-se de saberes especializados, multifacetados, institucionalizados, que operacionalizam sua investigação sobre diferentes aspectos da existência do sujeito (agora como objeto) e expressam o conteúdo de sua investigação por meio práticas discursivas que acabam por definir o que é esse mesmo sujeito, em um território dividido entre o empírico e o transcendental:

¹⁶³ FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**. Uma arqueologia das ciências humanas. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Prefácio, p. XX-XXI).

¹⁶⁴ DUARTE, André. **Vidas em Risco**. Crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault. São Paulo: Forense Universitária, 2010.p. 78.

Em suma, o homem surge para o pensamento moderno como um ser perpassado por domínios que ele não pode compreender de maneira absoluta, mas, entretanto, como um ser dotado de uma inteligência sempre capaz de aumentar gradativamente o espaço daquilo que se pode esclarecer. (...) Na análise foucaultiana, o homem como sujeito e objeto de conhecimento nasce em um território fundamentalmente fracionado entre o empírico e o transcendental, e as ciências humanas, que estudam as representações que o homem elabora do seu trabalho, sua vida e sua linguagem, estarão condenadas a oscilar perpetuamente entre considerá-lo como um ser determinado por condições sobre as quais ele não tem controle (o homem não controla as condições de sua vida, de seu trabalho e de sua linguagem, que lhe são preexistentes) e como o ser que, em suas próprias limitações, está apto a conhecer-se como ser finito, tornando-se sujeito e condição de possibilidade de seu autoconhecimento...¹⁶⁵

Portanto, no limiar da modernidade, nos discursos produzidos pela relação saber-poder entre as ciências do homem, o sujeito passa a ter importância central. Em Foucault discurso pode ser compreendido como a expressão prática e teórica de um determinado tipo de saber. Dessa forma, não dissocia a ação da teoria, ou o poder do saber, visto que para este autor todo discurso é, em si, um exercício de poder, poder que se encontra distribuído nas mais diferentes estâncias sociais e que se ancora em um determinado saber, que remete ao universo acadêmico.

Ao remeter aos discursos que fundam a modernidade, portanto, refere-se ao processo de instituição de determinados saberes e práticas, que se constituíram em ciências a partir do século XVIII e que engendram mecanismos de poder. Dentre esses saberes, as ciências do homem, que tem como foco central a existência do sujeito. Pode-se entender ainda categoria de discurso em Foucault como o domínio comum de declarações que se manifestam, por vezes, sob a forma de enunciados e às vezes como prática reguladora e que tem como característica fundamental a pretensão de verdade.¹⁶⁶

O discurso, portanto, se ancora num terreno epistêmico comum, que define o que pode ou não ser pensado e dito em cada época porque se apresenta como a tradução possível da realidade, a forma como essa realidade se apresenta, e, por isso, engendra mecanismos de poder e sujeição, ancorados nos saberes que determinam o que é normal e o que é patológico, o que é verdadeiro e o que é falso, o que pode e o que não pode ser dito.

Na modernidade ocidental, os discursos se vinculam aos saberes institucionalizados –tidos como enunciados de verdades - e esses saberes são engendrados no ambiente acadêmico: é esse campo epistêmico que define não

¹⁶⁵ Ibid, p. 81.

¹⁶⁶ MILLS, Sara. **Michel Foucault**. London: Routledge, 2003. p. 55.

somente o lugar do discurso, como os princípios de exclusão, ou seja, o que não pode ser pronunciado, se pronunciado, não pode ser levado em conta ou não pode ser tido como verdadeiro.

Em nossa sociedade é possível reconhecer pelo menos três grandes sistemas de exclusão, três estratégias que permitem selecionar, controlar, organizar e redistribuir o conteúdo dos discursos que a fundamentam. Esses princípios são: o tabu (a palavra proibida, aquilo sobre o qual não se fala); a oposição entre razão e loucura e a oposição do verdadeiro e do falso.¹⁶⁷

Enfim, creio que essa vontade de verdade assim apoiada sobre um suporte e uma distribuição institucional tende a exercer sobre os outros discursos – estou sempre falando de nossa sociedade – uma espécie de pressão e como que um poder de coerção. Penso na maneira como a literatura ocidental teve de buscar apoio, durante séculos, no direito natural, no verossímil, na sinceridade, na ciência também – em suma, no discurso verdadeiro. Penso, igualmente, na maneira como as práticas econômicas, codificadas como preceitos ou receitas, eventualmente como moral, procuraram, desde o século XVI, fundamentar-se, racionalizar-se e justificar-se a partir de uma teoria das riquezas e da produção; penso ainda na maneira como um conjunto tão prescritivo quanto o sistema penal procurou seus suportes ou sua justificação, primeiro, é certo, em uma teoria do direito, depois, a partir do século XIX, em um saber sociológico, psicológico, médico, psiquiátrico: como se a própria palavra da lei não pudesse mais ser autorizada, em nossa sociedade, senão por um discurso de verdade.¹⁶⁸

Os saberes, que por meio de práticas discursivas, definem e regulam o que pode ou não ser entendido como verdadeiro e legítimo, tem como foco comum, como objeto central de suas formulações, o sujeito que, pensado como um ser dotado de linguagem, um ser que vive e que trabalha, torna-se o centro e o foco dos saberes e dos seus mecanismos de poder gestados a partir da modernidade. Pela primeira vez na história, portanto, a partir do final do século XVII, vemos o movimento pelo qual o homem se transforma no sujeito e no objeto central de suas investigações.

Pensando dessa forma, temos que, em Foucault, a compreensão do sujeito tal qual a concebida a partir da modernidade, é construída por meio de diferentes discursos que o atravessam, definem, delineiam. A sua existência, o que pensa que é, o que entende por si mesmo, foi construída historicamente por diferentes saberes que lhe dizem, porque é isso e não outra coisa; o que deve fazer com o seu corpo, como deve se comportar, comer, pensar... Trata-se de discursos, portanto, que

¹⁶⁷ FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 1996. p. 8-19.

¹⁶⁸ Ibid, p. 19.

diferentemente da ideologia, não impõem nada ao indivíduo: uma vez que esse mesmo indivíduo só se apercebe de si por meio desses discursos, sua imposição não é negativa, e sim positiva, pois produzem - realidades, percepções, possibilidades – afirmam-se, insinuam-se, definindo, assim, o modo como o sujeito percebe a realidade e a si mesmo.

Para pensar o sujeito como uma ideia construída historicamente, Foucault o considerou a partir da sua origem moderna, pensando-o a partir das disciplinas que, em suas práticas e saberes, o formularam, definiram, o “assujeitaram” para, a partir disso, vislumbrar possibilidades de desconstrução, de assujeitamento.

O processo de sujeição é o processo de instituição, diferenciação e institucionalização dos saberes a partir do final do século XVII no Ocidente. Saberes que se manifestam enquanto discursos – saber e prática – e que engendram mecanismos de poder que tem como foco a vida dos indivíduos. Daí a expressão cunhada por Foucault e presente na obra “História da sexualidade – A vontade de saber”: a história do poder na modernidade ocidental é a história de um biopoder, uma biohistória, a história de um poder que se atomiza, se especializa, se institucionaliza e se institui mediante discursos que tem como foco a vida das pessoas, primeiramente consideradas individualmente – na sociedade disciplinar – e a partir do século XIX consideradas enquanto populações – a biopolítica. Com a institucionalização dos saberes, portanto, o poder passou a se manifestar mais como um complexo jogo de forças organizadas sob a forma do constante controle e vigilância sobre a vida.

No período anterior (chamado de clássico por Foucault) e que corresponde ao período dos séculos XV ao XVII, o poder do soberano nos países do ocidente europeu se manifestava no direito que se atribuía de dispor sobre a vida e a morte dos seus súditos, poder que, podendo causar a morte, se permitia deixá-los viver. O poder soberano se exercia, portanto, na base do confisco. O principal bem do qual o soberano poderia se apropriar era a vida dos seus súditos e a forma dessa apropriação era o gládio.¹⁶⁹

Com as transformações econômicas, políticas e sociais que tiveram lugar na Europa a partir do século XVII, nota-se, segundo Foucault, uma modificação nos

¹⁶⁹ FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade**. A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005, p. 129-130.

mecanismos de poder. O direito de morte, então prerrogativa dos reis, passou a ser reorganizado, entre os séculos XVII e XIX, nos diferentes saberes sobre o homem, que, ao engendram formas de poder, passaram a ordenar e classificar a vida, mantendo-a, desenvolvendo suas forças, fazendo-as crescer em função dos reclames de uma nova ordem econômica e social. Nas palavras do autor: "... o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte."[grifos no original].¹⁷⁰

Os novos mecanismos de poder, que se desenvolveram em íntima relação com os saberes científicos na Europa ao longo dos séculos XVII e XIX, passaram a centrar seus olhares para o corpo, centro de todas as atenções. O corpo, lócus em que se engendra e manifesta a vida humana, a vida que se quer controlar, passou a ser o alvo desses poderes, interessados em moldá-lo para sujeitá-lo aos interesses de uma sociedade industrial, orientada pela lógica da produção. Iniciava-se a era do *biopoder*, que, de acordo com Foucault, pode ser dividida em duas fases.

A primeira localizada entre os séculos XVII e primeira metade do século XVIII, chamada de *sociedade disciplinar* e caracterizada pelo desenvolvimento do *corpo-máquina*. A segunda, que se desenvolveu a partir da segunda metade do século XVIII, e que tinha como meta o *corpo-espécie* e que o autor denominou *biopolítica*.¹⁷¹

À busca pela instituição do *corpo-máquina* se relaciona o propósito da integração do corpo humano – máquina orgânica – a controles eficazes, direcionados a finalidades econômicas no contexto da *sociedade disciplinar*. Já o *corpo-espécie* manifestaria o ideal do corpo transpassado pela mecânica do ser vivo, o corpo entendido como suportes de processos biológicos, sobre os quais passam a incidir os mecanismos de saber-poder. É a era da *biopolítica*.

No contexto da sociedade disciplinar, à implementação de mecanismos de saber-poder dirigidos ao corpo-máquina se vinculam dispositivos de vigilância e disciplinarização, destinados a formatar os corpos dos indivíduos, transformando potências orgânicas em agentes mecânicos. Formatados, por meio de tecnologias de disciplinarização, aplicadas em centros de confinamento (manicômios, prisões, escolas, quartéis...), os corpos e as almas passam a ser adestrados de modo a atender aos conceitos de subjetividade subjacente a cada saber.

¹⁷⁰ Ibid., p. 130.

¹⁷¹ Ibid., p. 131.

Aos mecanismos de disciplinarização se associaram estratégias de vigilância – a regulamentação do tempo, a arquitetura panóptica, a técnica da confissão – mecanismos que ao promoverem a generalização do policiamento, instituíram o controle dos indivíduos pelos próprios indivíduos, o autopolicamento, cujo objetivo era a instituição da sujeição dos indivíduos à norma.

Ao projeto de normalização de sujeito, está associado o desenvolvimento de uma tecnologia destinada à formatação da vida, um *biopoder*, constituído de redes de poder direcionadas a focalizar a vida, modelando-a, administrando-a, ordenando-a segundo um padrão de normalidade que, em última instância, ambicionava a criação de corpos dóceis e úteis, equiparados de modo a se ajustar às exigências do setor fabril. O *biopoder*, portanto, em sua fase disciplinar, tem como foco a vida manifesta e atua sobre o corpo dos indivíduos, adestrando-os de modo a se encaixarem nas exigências da lógica de produção mecânica, característica da sociedade industrial.¹⁷²

Já o *corpo-espécie* – característico da *biopolítica* - manifesta o ideal do corpo transpassado pela mecânica do ser vivo, o corpo entendido como suportes de processos biológicos, sobre os quais passam a incidir os mecanismos de saber-poder. Se à implementação de mecanismos de saber-poder dirigidos ao corpo-máquina se vinculam dispositivos de vigilância e disciplinarização, no contexto de uma biopolítica, o controle se destina às populações – visando mapear, conduzir fenômenos como nascimento, reprodução, deslocamentos, doenças e morte.

No contexto da passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade biopolítica, o que se tem é outra figura do sujeito, não mais aquele sujeito múltiplo e multifacetário, mas o sujeito anônimo das populações, o sujeito pensado em termos de nação, raça, classe, espécie. Porções homogêneas definidas mediante critérios científicos (vindos da Biologia – raça, espécie – ou da Sociologia – classe) passíveis de serem governadas, ou de forma mais radical, passíveis de serem sujeitadas.

Como essas relações de sujeição, concernentes ao biopoder fabricam sujeitos? Sob quais circunstâncias? Mediante quais instrumentos? Burmester relembra que em Foucault uma das estratégias é o evento da guerra, como a ideia de uma guerra constante -ou como diria Giorgio Agamben de um estado de exceção

¹⁷² SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico**. Corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 163.

constante ¹⁷³ - justifica a sujeição, a governança, tomando o lugar da antiga soberania.

Governa-se uma determinada população, reduzindo sua existência política a uma existência puramente biológica – e então, fenômenos próprios da existência de todo ser vivo – nascimento, deslocamentos, reprodução, doenças, sofrimentos, sentimentos, morte – passam a ser questão de Estado: a questão do gerenciamento da população como questão fundamental do Estado¹⁷⁴. Mediante as estratégias da biopolítica esse poder é exercido, de forma constante e intermitente, esse governo existe, e atua sobre os interstícios da vida, reduzida à vida nua, ao seu aspecto puramente biológico, pois nunca é demais lembrar que em Foucault, os micropoderes se vinculam ao poder de Estado. É a redução da bios à zoé, para lembrar Giorgio Agamben, é a ingerência do poder em todas as esferas da nossa existência.

Partindo dessas considerações, reiteramos nosso argumento teórico: a tendência biologizante no interior do discurso psiquiátrico, fortalecida pela teoria da degeneração, ao buscar causas ocultas de afecções mentais futuras, intervindo assim de modo mais incisivo sobre os nossos comportamentos e afetos humanos, manifesta uma estratégia biopolítica, ou seja, uma forma de controle operacionalizada por um saber-poder específico direcionado aos corpos dos indivíduos, considerados enquanto espécie e relacionada à redução da vida ao seu aspecto puramente biológico.

A transformação de afetos, de sofrimentos psíquicos em signos de uma degeneração futura, proveniente de uma etiologia hereditária, desconsiderando os aspectos subjetivos e individuais da angústia, da tristeza, e reduzindo-os a fenômenos puramente biológicos, passíveis de serem compreendidos em bloco e “tratados”, sujeitados pelo poder médico, manifesta, em nosso ver, uma sofisticada forma de intervenção sobre a vida, como destaca Peter Pal Pelbart:

¹⁷³ AGAMBEN, Giorgio. _____. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

¹⁷⁴

... O poder tomou de assalto a vida. (...) o poder penetrou todas as esferas da existência e as mobilizou inteiramente pondo-as para trabalhar. Desde os gens, o corpo, a afetividade, o psiquismo, até a inteligência, a imaginação, a criatividade, tudo isso foi violado, invadido, colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes, quer se evoque as ciências, o capital, o Estado, a mídia. Os mecanismos diversos pelos quais tais poderes se exercem são anônimos, esparramados, flexíveis, rizomáticos. O próprio poder se tornou assim pós-moderno, ondulante, centrado, reticular, molecular. Com isso ele incide mais diretamente sobre nossas maneiras de perceber, de sentir, de pensar, de amar, até mesmo de criar. Se antes ainda imaginávamos ter espaços preservados da ingerência direta dos poderes(...)e tínhamos a ilusão de preservar em relação a eles alguma autonomia diante dos poderes hoje nossa vida parece integralmente subsumida a tais mecanismos de modulação da existência.¹⁷⁵

Consideramos ainda a teoria da degeneração, na psiquiatria, no campo das ideias, como parte de um processo histórico mais abrangente: um contexto mental marcado pela ideia de decadência e pelo temor relacionado ao fim da civilização. Essa ideia tomou corpo no ocidente na segunda metade do século XIX e no seu bojo se desenvolveu o pensamento eugênico e a possibilidade de higienização da raça mediante diferentes estratégias, entre elas, a que preconizava a possibilidade de se intervir na hereditariedade de indivíduos considerados degenerados, dentre eles, os doentes mentais. Se a teoria da degeneração havia alertado sobre o processo silencioso da hereditariedade, oculto aos olhos do homem, a eugenia acenava com a possibilidade “científica” de intervir nesse processo, em prol da regeneração, conforme procuraremos demonstrar a seguir.

¹⁷⁵ PELBART, Peter Pal. **Morte e vida em um contexto de dominação biopolítica**. Conferência proferida no dia 3 de outubro de 2008 no Ciclo "O Fundamentalismo Contemporâneo em Questão", organizado pelo Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/pelbartdominacaobiopolitica.pdf>. Acesso em: 17/07/14.

2 DOENÇA MENTAL E DEGENERAÇÃO DA RAÇA: A HIGIENIZAÇÃO DA MENTE

As origens do pensamento eugênico relacionam-se, segundo Hannah Arendt, à disseminação do darwinismo social. No bojo do movimento que procurou interpretar a dinâmica das sociedades a partir da ótica evolucionista, iniciaram-se estudos sobre a possibilidade de se investigar a evolução humana, dos primórdios à era moderna.

Estudiosos adeptos dessa corrente passaram a defender a teoria de que, assim como no reino animal, a dinâmica das sociedades também apresentava o aspecto de uma luta constante, desse processo, o ser humano havia evoluído, mas de forma diferenciada nas diversas partes do globo. Dentre as diferentes raças, a que deu origem ao homem europeu, havia atingido um grau mais elevado de evolução em relação às demais, no entanto, corria o risco de desaparecer ao longo de alguns milhares de anos. O principal motivo? A miscigenação ou a degeneração no interior de sua própria espécie, em virtude da procriação, da multiplicação dos menos aptos. Como parar esse processo e salvar o progresso, à tão duras penas atingido?

A inquietação perante o destino do europeu despertou em alguns cientistas o interesse em conhecer e controlar o devir biológico do homem: a sua hereditariedade. Urgia higienizar a raça! A justificativa era nobre: garantir que o progresso biológico, científico, econômico e político, alcançados pela sociedade europeia, durante o século XVIII e XIX, continuasse nos séculos subsequentes, desde que as gerações futuras fossem formadas por homens ainda melhores: sadios e perfeitos, de corpo e de mente.

No campo da efervescência do ideal de progresso sustentado pelo desenvolvimento da ciência, surgiram os primeiros estudos sobre hereditariedade humana, efetuados pelo matemático e fisiologista inglês Francis Galton – primo de Charles Darwin. Ao conjunto de estudos sobre a genética humana, visando o melhoramento biológico das gerações futuras, Galton deu o título de *Eugenics* ou Eugenia, em 1883.

Apesar de ter suas origens na Europa “fin-de-siècle”, o discurso eugênico só passou a ser colocado em prática, na Europa e nos Estados Unidos, no início do

século XX, em virtude dos avanços da genética e da “redescoberta” das Leis de Mendel. Nos Estados Unidos, alguns cientistas passaram a acreditar que as qualidades individuais eram predominantemente hereditárias. Na Alemanha, cientistas que se autoproclamavam eugenistas, acreditavam estar cumprindo com o seu dever, quando propuseram o impedimento da proliferação de indivíduos pertencentes a raças consideradas degenerados física e/ou moralmente. O objetivo era evitar a total destruição da cultura europeia, fato que, segundo os cientistas, sem uma prática eugênica, seria inevitável.

Na década de trinta do século passado, a ideologia nazista veio de encontro aos ideais eugênicos de determinados geneticistas, antropólogos e médicos alemães, ao estabelecer que as diferenças entre os homens têm base biológica e não econômica ou cultural. Era a oportunidade de concretizar ideais eugênicos. O resultado? O massacre de milhões de judeus e outros tantos milhares de ciganos, poloneses, eslavos, comunistas, doentes mentais e homossexuais acusados de “degenerar” a raça ariana, além de experiências bizarras com gestantes, gêmeos e fetos.

No Brasil, a introdução do pensamento eugenista se deu no início do século XX, mediante a influência de uma elite médica liderada por Renato Kehl, que fundou, entre 1917 e 1918, a Sociedade Eugênica de São Paulo. Mesmo antes dessa data, os debates a cerca da eugenia do povo brasileiro eram constantes entre intelectuais e médicos de todo o país, mas, a partir de 1918, o tema tornou-se uma preocupação para médicos, higienistas e psiquiatras.

Inúmeras teses foram produzidas, entre os anos 1910 e os anos 1930 sobre a tríade: casamento-prole-eugenia. Grande parte dessas teses defendia a ampliação de medidas eugênicas, que iam desde a educação nas escolas e o exame pré-nupcial obrigatório, até a esterilização de casos “mais graves” (como os hansenianos). O objetivo era criar uma raça brasileira mais homogênea, apta, sadia e morigerada.

Nesse contexto, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, com o intuito de debater e operacionalizar estratégias, mecanismos e ações de higienização mental, aplicando os propósitos da eugenia à higienização psíquica da população, e tentando, assim, evitar, a degeneração mental do povo brasileiro,

sobretudo, alertando para os perigos de se permitir que portadores de afecções mentais gerassem descendência.

Dando sequencia a investigação sobre a biologização da melancolia e a tentativa de sua disciplinarização pelo saber psiquiátrico, adentramos agora no final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. O objetivo é problematizar a concepção de “higiene mental” no meio psiquiátrico brasileiro no período da institucionalização desse saber, ou seja, nas três primeiras décadas do século passado, e a influência que a ideologia eugênica exerceu sobre esse processo.

Para isso, inicialmente iremos explicar as origens e desdobramentos da Eugenia, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Em seguida, nos propomos a explorar a concepção defendida por médicos brasileiros do início do século XX de que doenças mentais atuavam como fator degenerativo da raça e que, tal como outras doenças degenerativas, deveriam ser combatidas de modo a evitar que seus portadores gerassem descendência. Finalmente, discutiremos as origens do conceito de “higiene mental” no discurso psiquiátrico brasileiro e sua inserção no debate mais amplo sobre a higienização do corpo e mente das populações consideradas degeneradas, manifesto notadamente, na fala de intelectuais, médicos e políticos influenciados pela então considerada ciência da hereditariedade, a eugenia.

2.1 PENSAMENTO EUGÊNICO: ORIGENS E DESDOBRAMENTOS

O fato de sociedades caracterizarem de forma depreciativa e pejorativa povos diferentes como forma de assim legitimar, de certa forma, sua dominação, é algo remoto no Ocidente, no entanto, em nenhum outro contexto as consequências dessa prática pareceram tão trágicas como a partir da segunda metade do século XIX, quando a ideologia racista emergiu simultaneamente em vários países europeus, vindo a mostrar seus trágicos efeitos sobre o mundo especialmente a partir do início do século XX.

No entanto, as origens da ideologia racista do século XIX, devem ser buscadas em um período anterior, no século que consolidou a razão como chave de todo e qualquer conhecimento e assegurou que todos os homens nascem livres e iguais: o século XVIII, ou o “século das luzes”.

2.1.1 A Teoria do Direito da Força

O crescente interesse por povos “diferentes” e “exóticos” foi uma das características do pensamento intelectual europeu, especialmente o francês, ao longo de todo o século XVIII. Havia certa curiosidade e mesmo certo entusiasmo pelos traços culturais dos novos “espécimes de humanidade” que existiam além da França (no Oriente, na América e na África).¹⁷⁶

Essa curiosidade transformou-se em missão para os heróis da revolução francesa, que desejavam levar a liberdade para todos os povos. Tal missão fazia parte de um dos grandes lemas da Revolução: o lema da fraternidade entre os povos. Contudo, foi justamente nesse país amante da liberdade, da igualdade e da fraternidade, que surgiram os primeiros indícios daquilo que mais tarde a Europa toda viria a conhecer: o pensamento racista. Como tantas outras correntes de pensamento, o racismo circulou livremente entre os acalorados debates do século XVIII, quando era apenas mais uma das tantas ideias amplamente discutidas. A origem desse tipo de pensamento foi apontada por alguns autores como advindas da doutrina do “direito da força”, do século XVIII.¹⁷⁷

... a ideologia racista, com raízes profundas no século XVIII, emergiu simultaneamente em todos os países ocidentais durante o século XIX (...) Até o período da corrida “para a África” o pensamento racista competia com muitas ideias livremente expressas que, dentro do ambiente geral do liberalismo, disputavam entre si a aceitação da opinião pública.¹⁷⁸

Essa atmosfera de livre expressão das mais diferentes teorias foi em parte possível pelo desenvolvimento das ideias liberais. No entanto, dentre todas as ideias manifestadas nesse período, apenas algumas se sobressaíram e tornaram-se fortes o bastante para centralizar a opinião pública a seu favor. Dentre elas, duas acabaram por atingir um maior número de adeptos, o que possibilitou que se firmassem enquanto doutrinas teóricas no século XIX: a primeira delas afirmava que a história é produto da luta de classes e a outra afirmava que a história é produto da luta de raças.¹⁷⁹

¹⁷⁶ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. Antissemitismo, imperialismo, totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. Tradução de Roberto Raposo. p.191.

¹⁷⁷Ibid., p. 192.

¹⁷⁸Ibid., p. 189.

¹⁷⁹Id.

A origem das ideias que interpretavam a história como o produto da luta de raças, pode ser localizada na França do início do século XVIII na teoria de um representante da nobreza, o Conde de Boulainvilliers, que teve sua obra publicada após a sua morte. Boulainvilliers, preocupado com a crescente ascensão política do terceiro estado e com a proeminente decadência da nobreza, procurou criar uma teoria que justificasse a superioridade da nobreza francesa frente aos “gens de lettres et de lois”, afirmando que estes não tinham a mesma origem do restante do povo francês.

Segundo ele, a França havia sido formada por duas nações diferentes: a gaulesa e a germânica. Porém, os germânicos, por terem conquistado os habitantes mais antigos do território, tomando suas terras e impondo-lhes suas leis, constituíram-se como classe governante, uma classe de nobres cuja superioridade era legitimada pelo direito de conquista e não por qualquer vínculo entre homens e solo existente anteriormente no território.

Essa obra, lida principalmente a partir da segunda metade do século XVIII, tornou-se uma arma da nobreza para justificar a sua superioridade em uma França às portas da Revolução.¹⁸⁰

É importante salientar que Boulainvilliers ainda não falava de raças, mas de povos diferentes. Contudo, ao afirmar que a superioridade de um povo está mais relacionada à conquista do que ao solo, tornou-se uma antinacionalista numa época em que a ideia de nação era inédita e tida como revolucionária. Mas sua principal contribuição ao pensamento racista é que ele falou, pela primeira vez, em superioridade germânica, teoria que seria resgatada e aprimorada no século XIX por Gobineau.

Quando em 1853, o Conde Arthur de Gobineau publicou “Essai sur l’inégalité des races humaines”, suas ideias pareciam totalmente adversas à mentalidade europeia da época, afinal, insistia na ideia de declínio das civilizações quando o tema central era a ideia de progresso. Talvez por isso, suas ideias tenham feito sucesso apenas algumas décadas mais tarde, no final do século, quando Nietzsche e outros estudiosos falavam abertamente da decadência europeia.¹⁸¹

¹⁸⁰ Ibid., p. 192-193.

¹⁸¹ HERMAN, Arthur. **A ideia de decadência na história ocidental**. Tradução de Cyntia Azevedo e Paulo Soares. Rio de Janeiro – São Paulo: Record, 1999. P. 115.

O aspecto central da obra de Gobineau, que reescreveu a história da humanidade em quatro volumes, é a sua insistência em afirmar que existência humana na terra estava fadada à total extinção. Chegou ao extremo mesmo de datar a duração da existência humana no planeta: 12 e 14 mil anos no máximo. O motivo de total extinção? A mistura de raças.

Envolvido pelas doutrinas do século XVIII sobre a origem do povo francês, aceitava a hipótese de que os burgueses descendiam dos galo-romanos e os nobres dos germânicos, só que ao contrário dos nobres exilados que usaram a teoria de Boulainvilliers como consolo para a derrota sofrida em 1789, Gobineau associou a decadência da nobreza francesa à decadência da nobreza da Europa e de toda a humanidade.

Esse destino degenerativo assoma doravante a Europa no século XIX. Para a mentalidade de Gobineau, a civilização européia não possuía uma progressão linear ascendente da barbárie à civilidade ou da escravidão à liberdade. Ao contrário: movia-se em círculos, conforme as pessoas mais próximas da raiz ariana e, por conseguinte, mais vivazes, conquistavam aqueles mais distantes dessa origem, apenas para se misturarem com os inferiores e perderem a própria pureza racial. A história passava a ser um ciclo interminável de guerras, miscigenação e conquistas – a versão racista de *anakuklois* de Gobineau. Não há vencedores na história, apenas, ao longo do tempo, perdedores...¹⁸²

A França em que Gobineau escreveu seu *Essai* era governada pelo rei burguês Luís Felipe. A vitória do terceiro estado já estava mais do que consolidada e à nobreza, só restava se lamentar. Numa época em que a França era o único país onde os negros gozavam de direitos civis, Gobineau não se conformava em ver a nobreza destituída do poder feudal que a colocou no topo da sociedade europeia, onde havia permanecido até a revolução francesa.

Produto de uma classe fracassada e adepto do romantismo político, Gobineau resolveu reavaliar a doutrina “dos dois povos”, tentando explicar por que os melhores homens (os germânicos) que haviam galgado rumo ao topo da sociedade durante séculos, não se encontravam mais no poder. Chegou à conclusão de que a queda das civilizações está relacionada à degeneração da raça, causada pela mistura de sangue. Segundo o autor, qualquer que seja a mistura, o produto é sempre inferior, pois a raça inferior é a que sempre irá predominar e isso ocorrendo,

¹⁸² Ibid., p.69.

a humanidade deixaria de progredir, caminhando para sua própria ruína, conforme destaca Herman:

O processo civilizador era para Gobineau um processo de corrupção, simbolizado pela miscigenação racial. Os conquistadores quedaram vítimas de seu próprio gênio por criarem uma ordem política e social estável. (...) Para ele, a mistura fatal dos povos numa sociedade complexa era a fonte da criatividade mas também da instabilidade. (...) Conforme a ração dominante dilui seu sangue em relações com raças inferiores, sua prole perde a capacidade de controlar os acontecimentos. As civilizações entram literalmente em crise, conclui Gobineau, por não estarem mais nas próprias mãos.¹⁸³

Embora tenham alcançado repercussão somente no final do século XIX, as ideias de Gobineau serviriam para criar em seus contemporâneos pelo menos uma idéia fixa: a necessidade de sobrevivência dos mais aptos.

Como percebeu que a situação política na França não poderia mais ser revertida, isto é, os nobres não mais teriam os privilégios que outrora haviam colocado acima de todas as classes, propôs, como salvação da França, uma política onde o governo aristocrático fosse substituído por uma elite racial, mais apta para dirigir o país, evitando sua ruína. Essa elite racial seria composta por arianos, que, segundo Gobineau, formavam uma “raça de príncipes”:

O que Gobineau realmente procurou na política foi a definição e a criação de uma “elite” que substituisse a aristocracia. Em lugar de príncipes, propunha uma “raça de príncipes”, os arianos, que segundo dizia corriam o risco de serem engolfados, através do sistema demográfico, pelas classes não arianas inferiores (...). Graças à raça, podia ser formada uma “elite” com direitos às antigas prerrogativas feudais e isso apenas pela afirmação de que se sentiam nobres.¹⁸⁴

As intenções de Gobineau ressaltavam basicamente duas coisas: que a humanidade estava dividida em raças superiores e inferiores e que a mistura dessas raças faria com que predominassem os elementos inferiores, o que seria o fim da humanidade. Para que tal “tragédia” não ocorresse e lavasse a cabo todo o progresso alcançado pela Europa, era preciso e necessário que os elementos superiores permanecessem no poder e dominassem os inferiores. Era o nascimento do racismo moderno propriamente dito.

¹⁸³ Ibid., p. 68-69..

¹⁸⁴ ARENDT, Hannah. Op.cit., p.202-203.

2.1.2 O Darwinismo Social

Há que se considerar que a base do pensamento racista de Gobineau e mesmo dos contemporâneos que compartilharam de suas ideias está na não aceitação do diferente, no caso de Gobineau e do próprio Boulaivilliers, o diferente era o burguês que destituiu a sobrevivência da nobreza no poder. Portanto, não pretendia com seu *Ensaio* mudar o mundo. Na época em que foi publicado, teve pouca repercussão, permanecendo mais como uma expressão da rebelião romântica, um gesto de provocação frente a uma ordem social instituída pela burguesia.

Contudo, outros elementos “diferentes” passariam a fazer parte cada vez mais da realidade europeia do século XIX. A expansão da revolução industrial trouxera em seu bojo, além de classe burguesa, a urbanização da sociedade e o proletariado urbano, uma nova classe que com seus hábitos, com sua miséria, com suas doenças e, principalmente, com sua insubordinação à disciplina da fábrica, ameaçava a recém instalada ordem burguesa. Sempre oportuno lembrar a descrição feita por Engels no livro “A situação da classe trabalhadora em Inglaterra” (1845) sobre as deploráveis condições de vida dos moradores dos bairros operários situados em cidades inglesas, como Manchester por volta de 1840:

De ambos os lados do rio de águas estagnadas e nauseabundas, tão negro como o pez, estende-se, desde a sua entrada na cidade ate a confluência com o Irwell, uma larga cintura de fabricas e de habitações operarias; estas estão no estado mais deplorável possível. (...) O sitio é horrendo [fica] do lado de Manchester, a sudoeste de Oxford Road e chama-se Pequena Irlanda (Little Ireland). Numa depressão de terreno bastante funda, numa curva do Medlock, e cercada pelos quatro lados por grandes fabricas e margens altas cobertas de casas ou aterros, estão cerca de 200 casas repartidas em dois grupos, sendo frequentemente a parede de trás a divisória; habitam al cerca de 4 000 pessoas, quase todas irlandesas. As casas são velhas, sujas e do tipo mais pequeno: as ruas são desiguais e cheias de saliências, em parte sem pavimento nem canais de escoamento; por todo o lado ha uma quantidade considerável de imundícies, detritos e lama nauseabunda entre os charcos estagnados; a atmosfera esta empestada com as suas emanações, enegrecida e pesada pelos fumos de uma dúzia de chaminés de fábricas. Uma multidão de mulheres e crianças esfarrapadas vagueiam por estes sítios, tão sujas como os porcos que se espojam nos montes de resíduos e nos charcos. Em resumo, todo este local oferece um espetáculo tão repugnante como os piores bairros das margens do Irk. A população que vive nestas casas arruinadas, por detrás destas janelas quebradas nas quais foi colocado papel oleoso, e destas portas fendidas com os caixilhos podres, e ate nas caves húmidas e sombrias, no meio desta sujidade e deste cheiro inqualificáveis, nesta atmosfera que parece intencionalmente fechada, na verdade deve situar-se no escalão mais baixo da sociedade. Tal e a conclusão e a impressão que o aspecto deste bairro, visto do exterior, impõe ao visitante.¹⁸⁵

¹⁸⁵ ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Tradução de Analia C. Torres. Porto: Afrontamento, 1975. p.95-96.

Como narrou Engels, a situação de sobrevivência da classe operária e certamente do proletariado urbano como um todo, era algo deplorável, não apenas na Inglaterra, que foi o berço da Revolução Industrial e, portanto da urbanização e massificação da sociedade, mas em outros países do ocidente europeu que, durante o século XIX, viviam o mesmo processo. A existência desses novos “espécimes de humanidade” e seus hábitos degenerativos, não ameaçariam a integridade física e moral das elites?

Com o desenvolvimento das relações industriais e da urbanização, o proletariado passou a representar uma ameaça física – por causa das suas doenças e dos seus hábitos insalubres – e moral, por causa da sua insubordinação ao sistema fabril.

Além do surgimento de novos atores internos – as massas urbanas – novos personagens externos também entrariam em cena para ajudar a compor o quadro racial europeu no século XIX. A expansão da Revolução Industrial, para outros países da Europa, trouxe a tona, como é sabido, a superprodução de bens industrializados e a falta de matérias-primas, o que levou a expansão das atividades econômicas europeias para o Oriente e para a África. Os europeus passaram a explorar, então, econômica e politicamente, os povos nativos, com o objetivo de garantir mercado consumidor de seus produtos e matéria-prima para suas indústrias.

A política imperialista, não só deu aos europeus a sensação de dominarem o mundo como fez com que caracterizassem diferentes (asiáticos e africanos) como inferiores, afinal, não haviam alcançado o “progresso” europeu científico e tecnológico atingido pelos europeus. Seria novamente a teoria do desenvolvimento científico do século XIX, que trouxe em seu bojo uma justificativa muito mais convincente que o direito da conquista para legitimar a superioridade de uns homens sobre os outros: o darwinismo.

Ao mesmo tempo em que profundas modificações econômicas e sociais ocorriam no Ocidente, a ideia de progresso continuava permeando a mentalidade europeia. Essa era a única “lei” universalmente aceita: a crença no progresso da humanidade. Progresso que significava mudança, mudança para melhor, ou evolução. Essa ideia pareceu mais concreta a partir de 1859, quando o naturalista inglês Charles Darwin lançou a sua obra sobre a Origem das Espécies.

A obra de Darwin afirmava que na natureza as espécies evoluem por uma questão de sobrevivência e que esta evolução se dava lentamente a partir de pequenas mudanças que ocorriam de forma contínua e quase imperceptível o tempo todo. Tais mudanças eram produto de lutas eternas entre essas mesmas espécies. A capacidade de dominação das espécies mais fortes sobre as mais frágeis e a capacidade de adaptação é que determinavam a evolução. Os mais aptos sobreviviam e os mais fracos pereciam.

Era uma nova natureza que se apresentava aos olhos europeus, a partir das idéias de Darwin: uma natureza de dentes e garras vermelhas¹⁸⁶, onde a luta pela sobrevivência e pela própria existência era o grande motor da evolução. Darwin comprovou essa evolução através de seus experimentos nas Ilhas Galápagos, no Pacífico, e chocou o mundo acadêmico ao ir mais longe: o homem também era produto de uma evolução. Inicialmente, teria a mesma constituição física e biológica de um primata comum, mas teria evoluído para uma espécie superior e dominando todas as outras espécies.¹⁸⁷

O processo evolucionário da natureza – e não Deus – passava a ser o grande agente criativo e destrutivo de todas as coisas. A secularização avançava e a teologia já não tinha forças para esbravejar contra as “heresias” científicas que passaram a ser proferidas após as descobertas de Darwin. O único ser que poderia combater o processo cósmico era o próprio homem, já que se elevava acima dele tomando consciência de sua própria evolução.

Novos intelectuais, empolgados pelas ideias darwinianas, passaram se valer de preceitos tais como: sobrevivência dos mais aptos, luta pela sobrevivência e superioridade biológica, para tentar explicar a dinâmica das sociedades. Era o nascimento do “darwinismo social”, que teve entre seus principais expoentes Herbert Spencer (1820-1903) e que foi marcado pelo uso de conceitos biológicos para a interpretação da evolução das instituições e das culturas, fazendo o que Darwin jamais ousara fazer.

O darwinismo social preocupava-se, sobretudo, em compreender a evolução do organismo social e colocava a luta como chave para o progresso, sobretudo nos assuntos internacionais. Muitas idéias de evolucionistas convictos foram usadas

¹⁸⁶ BAUMER, Franklin L. **O pensamento europeu moderno**. Lisboa : Edições 70, 1977. Vol. II – Séculos XIX e XX.

¹⁸⁷ Id.

pelos darwinistas sociais para reafirmar antigos conflitos raciais internos da Europa e justificar a política externa imperialista – com relação aos povos da África e Ásia.¹⁸⁸

Edward Burnett Taylor (1832-1917), um evolucionista convicto e chamado pai da Antropologia, dizia, em 1871, que a história das sociedades assim como da natureza, estava sujeita a leis definitivas, que determinam estágios sucessivos de cultura, sendo que cada um nasce e cresce de acordo com o estágio anterior. Assim, as sociedades tinham tendências a seguir linhas de desenvolvimento semelhante, passando por três estágios: selvageria, barbárie e civilização, embora nem todas viessem a seguir o mesmo caminho. Alguns cientistas sociais utilizaram as idéias de Taylor para classificar as sociedades africanas como selvagens, legitimando a conquista como sendo uma forma de levar o progresso alcançado pelos europeus às sociedades inferiores.

2.1.3 A Possibilidade do Controle da Hereditariedade Humana

A ideia da luta pela existência continuou empolgando discípulos ambiciosos de Darwin, que insistiam em usar seus postulados para explicar e justificar toda a realidade. Mas a contribuição fatal para o desenvolvimento da ideologia racista, no século XIX, não foi nada por Darwin, mas por seu primo, o matemático e fisiologista Francis Galton (1822-1911).

Aperfeiçoando os estudos sobre genética, efetuados por Mendel, Galton propôs uma teoria que se preocupava basicamente com o devir biológico do homem: a sua hereditariedade. Seu objetivo era investigar como se poderia orientar, através de procedimentos biológicos, a multiplicação da espécie humana, visando o seu melhoramento. As bases de sua teoria foram lançadas em 1875 sob o nome de “Teoria da hereditariedade”, obra em que Galton expunha os resultados de suas investigações sobre a hereditariedade do talento.¹⁸⁹

Em 1883, Galton lançou a nova ciência: *Eugenics*, cuja preocupação fundamental era o melhoramento genético das sociedades humanas. Contudo, os estudos eugênicos só passaram a ter grande repercussão mundial a partir de 1900,

¹⁸⁸ ARENDT, Hannah. Op.Cit., p. 209.

¹⁸⁹ MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico.** Campinas: UNICAMP, 1994. . 49.

quando o mundo científico “redescobriu” as Leis de Mendel e os eugenistas tiveram mais fundamentos para expor sua teoria.

A preocupação dos primeiros eugenistas era com os males que julgavam hereditários e que mais contribuíam para a degeneração das populações humanas: a loucura, a epilepsia, o alcoolismo, a criminalidade, entre outras doenças. Em 1904, Galton iniciou um curso de Eugenia em Londres e quatro anos depois era fundada na mesma cidade uma sociedade intitulada: “Eugenics Education Society” . Em 1912, foi realizado o Primeiro Congresso de Eugenia em Londres.¹⁹⁰

Em 1880, foi criado nos Estados Unidos um Instituto destinado à pesquisas e experimentos sobre a hereditariedade humana. Sendo um dos países da América onde o pensamento eugênico obteve maior aceitação, em 1932 sediou o 2º Congresso de Eugenia, realizado em Nova Iorque. Na Alemanha, o surgimento do pensamento eugênico remonta aos escritos de Alfredo Ploetz, de 1885 e intitulados: “Fundamentos da Eugenia”.

O mesmo autor lançou, em 1904, uma publicação sobre estudos acerca da hereditariedade humana. Em Berlim foi fundado um dos mais importantes Institutos de pesquisas eugênicas da Europa, onde trabalhou inclusive Eugen Fisher, um dos mentores científicos da máquina de extermínio nazista.¹⁹¹

Além desses países, no início do século XX o pensamento eugênico se espalhou por vários países do mundo: Suécia, Dinamarca, Bélgica, Itália, Espanha, Portugal, Noruega, Holanda, Rússia, Polônia, a ex Tchecoslováquia, Japão, China, Austrália, Nova Zelândia e Índias Inglesas.¹⁹²

A grande aceitação do pensamento eugênico nos meios acadêmicos se deveu, em parte, pelo entusiasmo com que receberam essas idéias os médicos, geneticistas, antropólogos e psiquiatras da época. A explicação era uma forma relativamente fácil de simplificar os grandes e graves problemas que abalavam as sociedades industrializadas. A pobreza, as doenças, a criminalidade, os vícios, as

¹⁹⁰ SOUZA, Vanderlei Sebastião de. As ideias eugênicas no Brasil: ciência, raça e projeto nacional no entre-guerras. **História em reflexão**. Revista eletrônica de História. Dourados, UFGD, vol 6, n. 11, jan/jun. 2012. P. 2. Disponível em: <http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/viewFile/1877/1041>. Acesso em: 01/02/2015.

¹⁹¹ MOURA, Clóvis. **A dinâmica político-ideológica do racismo no novo contexto internacional**. Fundação Seade, 1994, p. 68. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v08n03/v08n03_10.pdf. Acesso em: 18/07/14.

¹⁹² MARQUES, Vera Regina Beltrão. Op. Cit., p.52.

aptidões, as desigualdades sociais tudo poderia ser explicado através da transmissão de caracteres hereditários.

2.1.4 Da Eugenia ao Racismo

Não tardou muito para que os eugenistas unissem eugenia a racismo e começassem a propor políticas de higienização das sociedades, como a que aconteceu na Namíbia (colônia alemã do Sudoeste Africano) e que impedia os casamentos entre negros e brancos. Na Alemanha, foram criadas leis para prevenir a proliferação de filhos com doenças hereditárias, em 1933, dentre elas, a que permitia a esterilização obrigatória de pessoas com deficiência mental, esquizofrenia, surdez hereditária, cegueira hereditária, epilepsia, hereditária e outros males. Também na Suécia e nos Estados Unidos esterilizações em massa foram feitas entre os anos 20 e os anos 40 do século passado.

Essas atitudes - concebidas como necessárias para se melhorar as futuras gerações - passaram de uma política racialista, ou seja, que desejava melhorar as condições físicas da população sem uma preocupação de se eliminar as raças indesejáveis, para uma política racista, quando o governo nazista, auxiliado por médicos, psiquiatras, antropólogos e geneticistas, transformou a doutrina eugênica em política de Estado levada às últimas consequências, eliminando, sistematicamente, seres humanos considerados degenerados, ou por sua origem racial, por suas condições físicas ou por seu comportamento (tido como amoral) como era o caso dos homossexuais e dos comunistas.

Além da prática da eutanásia em vários hospitais psiquiátricos alemães, o governo nazista juntamente com os eugenistas, criaram formas “mais eficazes” para resolver o problema dos degeneradores da raça ariana na Alemanha: os judeus. Sendo assim, em 1941 foi aprovada a Solução Final que consistia em dar cabo dos “indesejáveis” através de métodos mais rápidos:

Ao mesmo tempo, os geneticistas humanos passaram a trabalhar intensamente na emissão de laudos sobre a investigação da proporção de “sangue” judeu em alemães com suspeitas de ascendência judaica. Com a conquista de numerosos países Europeus pela Alemanha, a partir de 1939, a questão do extermínio dos judeus passou a ser o ponto central da atenção dos geneticistas alemães. Não deve ter sido por acaso, que o projeto para a solução final da questão judaica, (...) foi apresentada por Himmler em 27 e 28 de março de 1941 no Instituto de Frankfurt para a investigação da questão judaica. Nessa reunião, deixou-se claro que a solução final da questão era o genocídio dos judeus da Europa.¹⁹³

O resultado mais radical da política eugenista europeia foi, sem dúvida, o caso alemão, mas outras “pequenas” tragédias relacionadas a ideais eugênicos aconteceram antes, durante e mesmo após na II Guerra Mundial, em países como a Suécia, onde a esterilização de pessoas consideradas degeneradas continuou a acontecer até a década de sessenta do século XX. Também no Brasil, as idéias de Galton tiveram repercussão no início do século e movimentaram médicos e intelectuais a favor da instalação de uma política eugênica, aos moldes europeus.

2.2 EUGENIA NO BRASIL: UM PROJETO DE MEDICINA SOCIAL

2.2.1 O Crescimento do Proletariado Urbano

E naquela terra encharcada e fumegante, naquela quente e dolosa, começou a minhocar, a ferver a crescer um mundo, uma coisa viva, uma geração, que parecia brotar espontânea, ali mesmo, daquele lameiro, e multiplicar-se como larvas no esterco.¹⁹⁴

A descrição do Aluísio de Azevedo, em sua conhecida obra “O Cortiço”, ironiza, com todo o vigor do naturalismo literário, o horror, manifestado pelas elites e pelas classes médias urbanas, frente à multiplicação das sub-habitações e de seus “imundos”, “indóceis” e “repugnantes” moradores: o proletariado urbano, aqui, comparado a “vermes gerados no esterco”.

O proletariado urbano é representado na obra de Azevedo como animalesco, instintivo, irracional, imoral, fétido e, sobretudo, indisciplinado; incapaz de guiar-se racionalmente no meio social. Em suma, representa o oposto do ideário de limpeza, ordem, higiene, saúde, disciplina e racionalidade almejadas pelo ascendente segmento burguês.

O desenvolvimento do proletariado urbano no Brasil teve suas origens entre a segunda metade do século XIX e as três primeiras décadas do século XX especialmente na região sudeste do país, período marcado por profundas alterações

¹⁹³ MOURA, Clóvis. Op. Cit.

¹⁹⁴ AZEVEDO, Aluísio de. **O cortiço**. Erechim: Edelbra, [199-], p. 24-25.

na estrutura econômica, social e política nacional, com o desenvolvimento do mercado interno, da indústria e da urbanização. Vários fatores foram levantados para explicar essas transformações: o avanço da cultura cafeeira no Vale do Paraíba e no Oeste Paulista e a estagnação das áreas produtivas tradicionais (especialmente no Nordeste); a substituição gradual, ao longo do século XIX, da mão-de-obra escrava de origem africana pela mão-de-obra assalariada, formada em sua maioria, inicialmente, por imigrantes europeus; a concentração de mão-de-obra nas proximidades das prósperas regiões do café e ampliação do mercado interno – devido ao crescimento do trabalho assalariado – possibilitara a formação de uma infraestrutura favorável ao desenvolvimento fabril.¹⁹⁵

O desenvolvimento da cultura cafeeira modernizou as relações de produção nos principais centros brasileiros – Rio de Janeiro e São Paulo – na medida em que demandava agilidade no transporte e eficiência no beneficiamento. Prósperos cafeicultores paulistas, passaram a investir parte do excedente do capital obtido com a exportação do café na industrialização do produto, importando máquinas europeias e pressionando o governo central a dinamizar o sistema de transporte de cargas do Brasil. Não é a toa que a partir da segunda metade do século XIX são instaladas as primeiras rodoferrovias na “região do café”, interligando as regiões produtoras aos portos.¹⁹⁶

Paralelamente à continuidade de uma economia basicamente agroexportadora, o que se percebe a partir da segunda metade do século XIX no Brasil, é a introdução das formas capitalistas de produção propriamente ditas, nas quais cafeicultores prósperos e alguns imigrantes mais abastados, passaram a investir capitais advindos do setor agrícola no setor secundário.¹⁹⁷

As primeiras indústrias surgiram atreladas à economia cafeeira, mas a partir do início do século XX, começaram a surgir e se desenvolver em São Paulo indústrias razoavelmente grandes – ligadas sobretudo ao setor têxtil – empregando um número considerável de operários. Além dessas indústrias de médio porte, surgiram e se multiplicaram inúmeras indústrias pequenas – domésticas – e oficinas

¹⁹⁵ PINTO, Virgílio Noya. Balanço das transformações econômicas no século XIX. In: MOTA, Carlos Guilherme. (Org.). **Brasil em perspectiva**. 20 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. P.140-141.

¹⁹⁶ PRIORE, Mary Del; VENANCIO, Renato. **Uma breve história do Brasil**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2010. P.238-239.

¹⁹⁷ Ibid., p. 239.

de artesões (marcenarias, carpintaria, sapatarias, entre outras), o que favoreceu a concentração de mão-de-obra nacional e imigrante nas proximidades das regiões industrializadas.

No final do século XIX, o café sofreu uma de suas primeiras grandes crises, levando muitos cafeicultores a dispensarem mão-de-obra, acentuando o êxodo rural e a concentração populacional nas áreas centrais, industrializadas. O incentivo à vinda de imigrantes europeus para o Brasil – estratégia adotada pelo governo imperial para, entre outras coisas, atrair mão-de-obra livre para as lavouras cafeeiras e instalar núcleos coloniais em regiões desvalorizadas e é claro, branquear a população¹⁹⁸ – foi também um dos fatores que contribuiu para a concentração de mão-de-obra nas áreas urbanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, visto que boa parte dos imigrantes europeus que vieram para essas regiões – em sua maioria italianos¹⁹⁹ – primeiramente tentaram o trabalho nas lavouras, mas percebendo a impossibilidade de ascensão social, passaram a tentar a sorte como pequenos proprietários ou como operários.

No início do século XX, pelo menos nos grandes centros urbanos do país, os efeitos sociais, as contradições do capitalismo industrial, se tornaram ainda mais evidentes. Segundo Paulo Sérgio Pinheiro, o modelo de industrialização adotado no Brasil foi o de “capital extensive” e não de “labor extensive”. Pinheiro afirma que devido às condições históricas em que se deu o processo industrial no Brasil, para acompanhar o ritmo da industrialização mundial no século XX, os capitalistas brasileiros tiveram que importar máquinas e tecnologia de países como a Inglaterra, o que fez com que nosso processo industrial já nascesse dependente da tecnologia estrangeira.²⁰⁰

Contudo, a mão-de-obra nacional, recém-saída de uma economia basicamente agrária, desconhecida quase que totalmente a complexidade das máquinas e de toda “engrenagem” que envolvia a produção industrial. Por esse motivo, os trabalhadores de origem europeia – imigrantes e seus descendentes – advindos de sociedades industrializadas e urbanizadas, e por isso mais adaptados

¹⁹⁸ PETRONE, Maria S. T. **O imigrante e a pequena propriedade**. São Paulo: Brasiliense, 1984. P. 42. (Coleção “Tudo é História”).

¹⁹⁹ PINHEIRO, Paulo Sérgio. O proletariado industrial na primeira república. In: FAUSTO, Boris. **O Brasil republicano**. Sociedades e instituições. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990. (História Geral da Civilização Brasileira – Tomo III). P.139-140.

²⁰⁰ PINHEIRO, Paulo Sérgio. O proletariado industrial e a classe operária. In: _____. **Política e trabalho no Brasil: dos anos 20 a 1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. P. 82-103. P. 83.

ao universo fabril, formação o grosso da mão-de-obra operária entre 1900 e 1930, restando ao trabalhador urbano nacional, ocupar-se no setor terciário ou no desenvolvimento de subempregos.

Nesse período terá especial significado, no que se poderia considerar como classe operária a presença de mão-de-obra estrangeira, composta pelos integrantes europeus. Entre esses, os italianos eram preponderantes até 1902: de todos os italianos registrados como havendo entrado no Brasil de 1822 a 1830 (...). Depois dos italianos, em quantidade, se situavam os espanhóis e portugueses (...). em 1990, 92% dos operários industriais no Estado de São Paulo, eram estrangeiros, e 81%, eram italianos (...). A situação no Rio de Janeiro, não era muito diversa. Segundo o censo de 1890, na capital federal, 39% dos 48.661 empregados na indústria, eram estrangeiros (...). Ao se falar de classe operária no Brasil, entre o final do século XIX e o final da Primeira República, se faz referência a uma classe onde o imigrante é predominante.²⁰¹

A abundante presença da mão-de-obra era um dos fatores que garantiam a permanência de baixos salários e a super exploração da mão-de-obra empregada. Nas primeiras décadas do século XX, a jornada diária de trabalho nas fábricas podia chegar até mais de 12 horas. As condições de trabalho assemelhavam-se às do sistema de fábrica clássico: jornadas contínuas com intervalos mínimos para descanso e penalizações absurdas para “desvios” do trabalho, as mesmas iam desde multas enormes descontadas nos salários até espancamento de crianças, que formavam boa parte da mão-de-obra barata empregada nas indústrias. O emprego maciço de mulheres e crianças nas fábricas, com remuneração baixa, barateava os salários do operário com um todo, que mal podiam pagar aluguéis de seus miseráveis casebres.²⁰²

O resultado da concentração de mão-de-obra em áreas industriais – normalmente nos centros das grandes cidades – e conseqüentemente proletarização tanto dos indivíduos empregados no setor fabril quanto da enorme quantidade de indivíduos desempregados ou subempregados, foi a proliferação da miséria, da insubordinação e das doenças.

Habitando casarões coloniais, que, subdivididos, abrigavam várias famílias em condições de absoluta promiscuidade e insalubridade, ou ainda, em cortiços próximos às fábricas, o proletariado urbano passou a se multiplicar sem as mínimas condições necessárias à sobrevivência e a dignidade humana:

²⁰¹ PINHEIRO, Paulo Sérgio. **O proletariado industrial na primeira república...**, p.138.

²⁰² Ibid., p. 144.

A crônica policial ganhava espaços cada vez maiores com descrição enraivecida do aumento escalonado dos roubos, assaltos arrombamentos, homicídios, assim como da vadiagem, da prostituição, da mendicância e do alcoolismo. Mas muito pior era a insegurança social que essa situação engendrava, visto que essa população miúda e turbulenta que dominava efetivamente o centro da cidade.²⁰³

Tanto São Paulo quanto Rio de Janeiro apresentavam os mesmos problemas: a industrialização, trazia em seu bojo uma série desafios urbanos que se traduziam na insubordinação dessas populações, nos seus hábitos “indisciplinados”, na sua falta de higiene e na sua conduta perniciosa.

Como afirma Nicolau Sevcenko, a efervescência do proletariado urbano na região central do Rio de Janeiro – e essa era a realidade também em São Paulo e nos demais centros das grandes cidades em vias industrializadas – e o tumulto cotidiano que proviam desde as primeiras horas da manhã até as altas horas da noite, era uma afronta à segurança social das classes mais abastadas, pois no interior dos casarões ou nos becos estreitos, escuros e fétidos que separavam os casebres nos cortiços, os pobres estavam seguros de si. Mesmo as forças policiais tinham dificuldade em penetrar nestes submundos, quando das revoltas e amotinções.

Chega-se à conclusão de que era preciso um poder mais eficiente que o policial para ordenar e disciplinar o espaço urbano, “limpando-o” de possíveis ameaças à ordem e à saúde das elites, visto que, nos meses mais quentes do ano, a aglomeração de corpos fragilizados pelas exaustivas horas de trabalho a fio e pela precária alimentação, ao lado de toda a forma de detritos, em locais insalubres e infectos era o veículo de contágio de epidemias como a varíola e a febre amarela que atingiam, também os corpos asseados da nascente burguesia e dos ascendentes setores médicos.²⁰⁴

²⁰³ SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**. Mentres insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 1993. p.55.

²⁰⁴ RAGO, Margareth. Op. Cit., p. 165.

2.2.2 Um Projeto de Medicina Social

O único meio de disciplinar o corpo social foi a utilização, mas do que formas de repressão pura simples (que em última instância acarretavam mais insubordinação) de formas científicas de controle, como faziam os países onde o progresso social acompanhava o industrial. A missão coube, então, ao conjunto de saberes científicos que se especializou, historicamente no estudo das funções vitais e disfunções patológicas dos corpos, ou seja, o saber médico.

A partir do início do século XX, médicos higienistas, sanitaristas, engenheiros, agentes de saúde e geneticistas passaram a agir em nome de uma medicina social, reivindicando e conquistando, frente ao poder republicano, espaço político para agir junto às massas, intervindo em seus hábitos de vida com objetivo de higienizar as suas vidas, ordená-las e discipliná-las para o trabalho.²⁰⁵

Antes mesmo do início do regime republicano, o saber médico vinha se organizando em termos institucionais através da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro (1831) e da Escola Tropicalista Baiana, que teve sua estrutura reordenada no início do século XX, transformando-se na Faculdade de Medicina da Bahia, futuramente uma das mais conceituadas academias de medicina do país.²⁰⁶

No entanto, é como a subida ao poder dos primeiros presidentes civis que a elite médica conquista certa autonomia para agir junto às massas, formulando, paulatinamente, um discurso e uma prática de medicina social que lhe possibilitou a intervenção nos hábitos de higiene, na forma de morar, de se comportar, e, com o desenvolvimento do pensamento eugenista, na constituição dos casamentos da população mais pobre, objetivando evitar a união dos “degenerados” e incentivar a procriação dos “mais aptos”. As teses defendidas nas faculdades de medicina desse período, na Bahia, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba é notória essa preocupação:

²⁰⁵ Ibid., p.165.

²⁰⁶ LUZ, Madel. **Medicina e ordem política brasileira**. Políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

Escolhemos o thema – Eugenia e Casamento –porque, secundando as iniciativas de vários cientistas brasileiros, contribuímos, com uma parcela ao menos, em prol da regeneração do povo da nossa terra. Nos tempos que correm, a Medicina Social ou Medicina preventiva, tem sido estudada e praticada com especial cuidado e, aos poucos, a velha Medicina vae sofrendo os golpes da regeneração.²⁰⁷

Amparados nas reflexões teóricas de Michel Foucault podemos afirmar que o desenvolvimento da medicina social no Brasil se deu em duas etapas. A primeira, que caracterizamos como “medicina urbana”, foi marcada por ações de médicos sanitaristas e engenheiros sanitários no sentido de desinfecção e higienização do meio, por se acreditar que ele era o foco de todas as doenças. A segunda constituiu-se numa “medicina da força de trabalho”.²⁰⁸

O auge dos projetos de medicina urbana se deu com as campanhas médico-sanitaristas em prol da vacinação obrigatória e da demolição de cortiços e de casarões coloniais no centro do Rio de Janeiro, durante a gestão do presidente Rodrigues Alves (1902-1906), pois o mesmo teria afirmado que uma das principais metas do seu governo era o saneamento e a extinção das endemias da capital federal.

Em 1904, foi criado a Diretoria Geral de Saúde Pública, que ficou sob administração do jovem médico Oswaldo Cruz. A diretoria estipulou o conjunto de procedimentos através dos quais se colocava em prática a lei da vacinação obrigatória, aprovada pelo congresso e pela câmara dos Deputados. No mesmo período, estavam em curso as reformas para a abertura da Avenida Passos e da Avenida Central (atual Avenida Rio Branco).

A vacinação obrigatória, a demolição de casarões coloniais e cortiço, para dar lugar a avenidas largas e espaçosas – espaços onde o ar circularia melhor e, certamente, os miasmas também se dissolveriam com maior facilidade – aliados à expulsão de milhares de pobres do centro da capital federal (muitos acabara, por abrigar-se nos morros próximos a cidade) acabaram gerando um sério conflito que ficou conhecido como a Revolta da Vacina. Esta, se por um lado, teve interesse políticos bem definidos, (por ter sido incitada e apoiada por forças da oposição), por

²⁰⁷FERRAZ, Luiz M. **Eugenia e casamento** (Problema de Medicina Social). Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre: Oficinas gráficas da livraria montenegrina, 1928. p.1.

²⁰⁸ Considerando o modelo de interpretação presente no texto: FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

outro, demonstrou toda a força e a rebeldia de que eram capazes aqueles “corpos insanos”.²⁰⁹

Apesar das amotinções, quebra-quebras, barricadas e dos sucessivos fracassos policiais, as reformas urbanas foram feitas, a população foi vacinada e duas das grandes endemias da capital – a febre amarela e a varíola – estavam, temporariamente, controladas.

Falemos agora da segunda etapa do desenvolvimento da medicina social no Brasil: a medicina da força de trabalho.

Iniciavam-se os anos dez. As medidas de Oswaldo Cruz tinham garantido, ainda temporariamente, duas coisas na capital da República: o controle das endemias, que ameaçavam o meio urbano e as elites, e a “limpeza” do centro da capital federal, com a criação de amplos espaços de circulação e lazer. O mesmo se repete em outras grandes cidades brasileiras.

Porém a década de 1910 esteve longe de ser um período de ordem e disciplina. As inúmeras greves e agitações sociais do período, iniciados pelo anarco-sindicalismo, justificariam a tese de que a causa das doenças físicas e sociais não estavam somente no meio, mas nos corpos. Faziam-se necessárias medidas mais incisivas com relação a higienização dos corpos e mentes. Inicia-se então o que caracterizamos como medicina da força de trabalho.

O espaço urbano era ocupado pessoas de todas as raças, nacionalidades, culturas e de diferentes poder econômico. Cruzavam nas “recém inauguradas avenidas” burgueses, proletários, mendigos, prostitutas, retirantes, enfim, toda a sorte de gente (...). As desigualdades sociais escancaravam-se. Nos anos 20, os indicadores de saúde, que refletiam as condições sanitárias da população, despencavam.²¹⁰

Aos olhos de sanitaristas e higienistas o quadro urbano era desolador. Julgavam urgentemente necessário tecer estratégias de administração e controle desses indivíduos no sentido de torná-los produtivos, para que pudessem ser “locomotivas da nação”. Uma forma de organizar as diferenças seria homogeneizar

²⁰⁹SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**. Mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 1993.

²¹⁰MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça**: médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas: Unicamp, 1994. p.18.

a população, através da intervenção do saber médico no social propiciando, nas palavras de Margareth Rago, “... um controle científico-político do meio”.²¹¹

Assim, o que se verifica, entre o final dos anos dez e o início dos anos vinte, são tentativas de um saber médico nacional que, em concomitância com as atualidades médico-científicas europeias e norte-americanas, passou a formular um discurso e mais, a organizar uma prática que passou da higienização do meio para a higienização dos corpos e que preparou o caminho para a possibilidade da higienização da raça. Assim, surgia a “eugenia à brasileira”, que passou de discurso médico à prática política somente nos anos 30, com ascensão de Getúlio Vargas ao governo federal.

2.2.3 Da Higienização do Meio à Higienização dos Corpos

No período em questão (1920/1930), foram realizados inúmeros congressos sobre higiene e saúde pública, nos quais foram lançadas as primeiras sementes do pensamento eugênico. Em 1913, o Estado passou a destinar mais verbas para a saúde pública. Nesse mesmo período, foi modificado o regulamento da Diretoria Geral da Saúde Pública, quando o Estado assumiu plenos poderes para intervir nas Unidades Federativas, através de campanhas de saneamento, sanitarismo, profilaxia rural, vacinação e criação de dispensários bem como de asilos (e colônias) para o isolamento de tuberculosos e leprosos. Através da saúde, o Estado Republicano feria o princípio do federalismo, intervindo na autonomia dos Estados e no direito de cuidar de suas próprias mazelas.²¹²

Em 1920, o Dr. Carlos Chagas assumiu a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública. Sua atuação neste órgão foi marcada pelo autoritarismo e pela ênfase que se deu a higienização dos corpos ao combate às doenças pestilentas e de massas (tuberculose e lepra), para estas últimas, passou a se dar um tratamento de segregação e isolamento. Em 1920, pela reforma Carlos Chagas, criou-se com o decreto – lei 3987/1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública que foi publicado em 1923 como Regulamento Sanitário Federal.

²¹¹ RAGO, Margareth Luiza. **Do lar ao cabaré: a utopia da cidade disciplinar: Brasil(1890-1930)**. 2º ed. Rio de Janeiro, 1985.p. 165.

²¹² LUZ, Madel. Op. cit., p. 94.

(...) Sua ação de saneamento fazia-se tanto no meio rural, quanto no meio urbano; era responsável pela propaganda sanitária; estendia seus serviços à higiene infantil, industrial e profissional; supervisionava hospitais públicos e criava a Escola Ana Nery de Enfermagem. Facilitava a requisição de força policial, para obrigar algum suspeito de portar doenças de exames, transferi-lo de município, impedindo de contato com as populações e parentes. São alguns exemplos dos poderes que a lei concedia à autoridade sanitária.²¹³

A década de 1920 foi marcada pelo fortalecimento da corporação médica em torno de temas tidos como grandes problemas nacionais, tais como a erradicação definitiva das endemias rurais e urbanas, a modificação dos hábitos das populações mais pobres procurando orientá-las de acordo com normas de higiene, o isolamento e tratamento compulsório dos casos confirmados de lepra e tuberculose, a tentativa de se controlar a união e a procriação de indivíduos portadores de “males hereditários”, tais como a epilepsia, a sífilis e o alcoolismo e a necessidade de se internar os indivíduos acometidos de transtornos mentais em hospitais específicos.

Das ricas discussões, palestras e debates que se deram no meio médico nesse período, a cerca da regeneração da saúde pública no Brasil, surgiram importantes instituições que procuravam ressaltar, aos olhos do Estado e da sociedade, a necessidade da intervenção médica para reordenar o meio social.

Dentre estas instituições, vale citar: a “Sociedade Brasileira de Higiene Mental”, a “Sociedade Médico Cirúrgica Assistência Pública”, o “Sindicato Médico do Brasil” e a “Sociedade Eugênica de São Paulo”, fundada em 1918.²¹⁴

O tema central das discussões travadas entre os intelectuais, sanitaristas e higienistas na década de 1920 era o da regeneração pública, objetivo que só poderia ser alcançado a partir de uma verdadeira cruzada médica em prol da higienização do meio e da raça. É nesse clima de debate a cerca de regeneração do meio social que as idéias eugênicas ganham terreno e se tornam, a partir dos anos 1920, o principal baluarte da teoria da regeneração.

2.3 EUGENIA À BRASILEIRA

As ideias eugenistas começaram a “chegar” no meio acadêmico nacional, ainda no final do século XIX através de publicações norte-americanas sobre o melhoramento genético das plantas e das publicações de eugenistas europeus.

²¹³ Id..

²¹⁴ Ibid., p. 95.

Como tema cultural, encontraram entre a intelectualidade do eixo Rio-São Paulo um terreno fértil para sua disseminação. Afinal, representava um arcabouço teórico plausível na difícil tarefa de delinear o perfil da nação brasileira além de uma justificativa ideológica para o fracasso do poder republicano em solver as contradições sociais que pululavam nas mais diferentes regiões do país sob a forma de revoltas, greves e sedições, conforme destaca Costa:

Esse movimento intelectual alcançou uma profunda repercussão sobre a intelectualidade brasileira das três primeiras décadas do século XX, que começou, então, a preocupar-se com a constituição étnica do povo brasileiro. (...) Na verdade, a atração dos intelectuais brasileiros pelas idéias eugênicas não era gratuita. A eugenia chegava ao Brasil num momento oportuno. A intelectualidade brasileira enfrentava, na época, graves problemas ideológicos que a eugenia ajudou a solucionar. O regime republicano atravessava, nas duas primeiras décadas do século XX, um período de convulsões. A Abolição da Escravatura; a imigração européia; a migração dos camponeses e antigos escravos para as cidades; enfim; os efeitos econômicos da industrialização nascente agravavam as tensões sociais e colocavam em questão o próprio regime, cuja legitimidade a elite dirigente procurava justificar por outros meios.²¹⁵

A justificativa biológica para as mazelas sociais, retirava das elites dirigentes a responsabilidade pelo fracasso da realização plena das vicissitudes da República e empurrava-a para o povo:

O Brasil estaca sacudido por revoltas sociais e crises econômicas, não por questões históricas ou políticas, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com *raças inferiores* tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente, nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido.²¹⁶[grifos do autor]

Nesse mesmo período, o médico Souza Lima defendia medidas eugênicas na Academia nacional de Medicina do Rio de Janeiro (1892) quando afirmava a necessidade do exame pré-nupcial obrigatório para evitar a união entre sífilíticos e tuberculosos contagiantes.

No início do século passado, outras teses foram defendidas em importantes academias de medicina do país, sobre o mesmo tema: casamento, prole e eugenia. Em 1911, foi defendida na faculdade de medicina da Bahia a tese, “Profilaxia no casamento” de Álvaro R. de Oliveira e em 1915, Samuel Dutra defendia na mesma academia a tese: “O casamento e a Prole”, para citar apenas dois exemplos.

²¹⁵ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. P. 50.

²¹⁶ Ibid., p. 51.

Percebe-se que os debates a cerca da aplicação da ciência de Galton se acirram a partir de 1912, quando é realizado em Londres, o 1º Congresso Internacional de Eugenia. Em 1913, o médico paulista Renato Kehl, influenciado pelo congresso, escreveu o seu primeiro trabalho sobre as teorias do biólogo evolucionista alemão Friedrich Leopold August Weissmann (1834-1914).²¹⁷

Em 1917, Kehl promoveu a realização da primeira conferência sobre a eugenia no Brasil que foi publicada no “Jornal do Comércio” no dia 19 de abril do mesmo ano. Em 1918, sob o patrocínio do diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, Arnaldo Vieira de Carvalho, Kehl e outros simpatizantes do pensamento eugênico, fundaram a “Sociedade Eugênica de São Paulo” (a primeira da América do Sul) que contava com cerca de 140 associados pertencentes à nata da elite médica nacional.²¹⁸

Nesse mesmo período a associação criou o boletim da “Eugenia” e em 1919, os “Annaes de Eugenia” pela editora da Revista do Brasil que reuniam, além de discursos, trabalhos e conferências realizados na sociedade de São Paulo, livros, memórias e artigos sobre o assunto.²¹⁹

Os anos de 1920 foram também marcados pela difusão do ideário eugênico para além do meio acadêmico. Artigos em jornais, livros e conferências buscavam chamar a atenção do público letrado e das autoridades para a necessidade de se melhorar a condição biofísica do povo brasileiro. À exemplo das sociedades eugênicas europeias, os eugenistas brasileiros direcionavam o debate para questões relacionadas à educação higiênica e sexual, à hereditariedade e ao matrimônio. No entanto, no tocante à aplicação de medidas eugênicas, o discurso brasileiro adquiriu uma tonalidade um pouco diferente.

No nosso país, as condições de sanitarismo eram praticamente inexistentes entre a maioria da população, na época, analfabeta e habitante das zonas rurais. Julgavam os eugenistas ser necessário primeiro atacar o problema do sanitarismo ou pelo menos, abordá-lo concomitantemente à questão eugênica, afinal, a higienização do meio era aspecto fundamental para a higienização e posterior eugênica da raça. Para estabelecer um critério de depuração biológica do povo era necessário que esse “material humano” estivesse em condições fisiológicas

²¹⁷ MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça:** médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas: UNICAMP, 1994.p. 52

²¹⁸ Ibid.,p. 53.

²¹⁹ SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Op.Cit.,p. 7.

adequadas, o que era dificultado pelas péssimas condições de saúde e higiene em que vivia a maioria da população.

Um exemplo dessa “preocupação” foi a viagem empreendida por Arthur Neiva e Belisário Penna aos Estados da Bahia, Piauí, Goiás e Pernambuco. Em seus relatórios, teriam afirmado que “... era preciso que tivéssemos um povo, e o que tínhamos não era um povo, mas um estrume dum povo que ainda ha de vir.”²²⁰

Questões como saneamento urbano, vacinação, educação higiênica e sexual nas escolas, bem como a necessidade da aprovação de leis que tornassem o exame pré-nupcial obrigatório (para se evitar a união de portadores de males hereditários) eram amplamente divulgadas. É importante salientar, de acordo com Marques, que paulatinamente à articulação da Sociedade Eugênica de São Paulo é criada a Liga Pró-Saneamento, em 1917, da qual faziam parte intelectuais, médicos sanitaristas e, entre eles, o próprio Arthur Neiva e o médico Renato Kehl, estes dois viriam a fundar, um ano depois, a “Sociedade Eugênica de São Paulo”.

A preocupação central dos eugenistas brasileiros era a higienização dos corpos e da raça. O casamento passou a ser alvo de toda intervenção, por constituir-se o sexo a forma pela qual se garantia a geração de proles sadias, aptas e morigeradas, construtoras da grande nação brasileira.

Ainda no final dos anos dez e durante toda a década de vinte, foram defendidas inúmeras teses na Faculdade de Medicina da Bahia, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, bem como nas Faculdades de Medicina de São Paulo e Curitiba. O tema central era sempre o mesmo: a necessidade de intervenção médica nos casamentos e na procriação da população (mais pobre) para que se evitassem as uniões consanguíneas e as uniões entre portadores de doenças consideradas hereditárias e degenerativas: tuberculose, sífilis, lepra, alcoolismo, epilepsia e doenças mentais.

A questão racial aparece de forma mais velada. Grande parte dos eugenistas associavam os vícios, como o alcoolismo, e doenças venéreas, como a sífilis, como o meio em que viviam as populações mais pobres e como os pobres eram em grande parte, de cor negra ou parda, os mais radicais viam a degeneração física como produto da degeneração social e esta, como consequência da degeneração racial.

²²⁰ NEIVA e PENNA, 1918 apud MARQUES, Vera Regina Beltrão. Op.Cit., p. 56.

Porém, é importante ressaltar que estes eugenistas representavam um número reduzido que desejava a aplicação da ciência de Galton na sua íntegra, ou seja, favorecendo as uniões entre os brancos sadios e fortes e impedindo (via esterilização) as uniões entre negros e mestiços (estes considerados ainda mais degenerados por serem “híbridos”). Segundo Costa, essa tendência acaba enfraquecendo em virtude dos acontecimentos que tiveram sede na Alemanha na década de 1930. Os intelectuais brasileiros adeptos da teoria racial acabariam por reter dela somente o conceito de “pureza racial” em consonância com a tendência manifesta na América do Norte e em países europeus.²²¹

A maioria dos eugenistas, no entanto, acreditava no estabelecimento de práticas eugênicas “à brasileira”, ou seja, que se melhorassem as aptidões físicas e sociais da “raça brasileira”, entendida aqui como uma mistura valorosa de várias raças: “Aos que diziam: a mestiçagem é um sinal e como a raça branca pode viver na zona tropical, tratemos de canalizar para lá os europeus-costumo responder: a mestiçagem só é um mal quando realizada ao Deus dará dos infortúnios, sem eira nem beira, sem higiene e sem eugenia, sem educação e sem família”.²²²

Como se pode perceber através da fala de Roquette Pinto, a grande questão que era colocada pelos eugenistas brasileiros não era a mestiçagem, como fator degenerativo da raça, afinal, éramos um país de mestiços, mas a necessidade de se controlar os casamentos e a reprodução, sobretudo das populações mais pobres, para que não gerassem frutos improdutivos para o sistema capitalista. Era mister evitar, por aconselhamento médico, exame pré-nupcial, celibato ou até mesmo divórcio (o que escandalizava os mais tradicionais, católicos), a união sexual oficializada ou não de sífilíticos, tuberculosos, alcoólatras e alienados mentais. O objetivo era formar uma raça brasileira sadia e morigerada, esta seria o elemento formador de uma identidade nacional, tão reclamada pela vanguarda jovem intelectualidade brasileira dos anos 20.

²²¹ COSTA, Jurandir Freire. Op.Cit., p. 52.

²²² ROQUETTE-PINTO, Edgar. **Ensaio de antropologia brasileira**. 3. ed. São Paulo: Nacional; [Brasília]: Ed. Universidade de Brasília, 1982. p.23.

2.4 A UTOPIA DA RAÇA SADIA E MORIGERADA

A pobreza a falta de higiene e a doença, a não aptidão para o trabalho, a promiscuidade, a violência e a subversão. Eis os males que degeneravam o proletariado urbano, segundo os relatos dos higienistas da década de 20, como podemos perceber nas várias teses defendidas nas faculdades de medicina brasileiras durante as três primeiras décadas do século XX.

Como poderia uma nação que se industrializava e progredia economicamente, afirma-se no cenário mundial, no período pós-guerra, como uma terra promissora e autossuficiente, se grande parte de “seus filhos”, viviam em condições de degeneração física, moral, mental e racial? Como homogeneizar essas populações urbanas e rurais, sem que para isso, fosse abalada a estrutura econômica e social vigente?

Talvez a resposta fosse a organização, via estado, de melhores condições de trabalho, saúde, moradia e educação, medidas que tornariam a existência material e social das camadas menos favorecidas, mas digna. De fato esta seria a política que passaria a ser cotada, anos mais tarde, pelos governos populistas. No entanto, na década de 20, o assistencialismo não estava na pauta dos eugenistas.

Embora cobrassem uma maior intervenção do Estado junto as campanhas de educação higiênica e eugênica nas Escolas e programas de saúde para evitar a propagação de doenças pestilentas e de massa junto às populações urbanas e rurais; falavam em nome da sobrevivência e reprodução dos mais aptos, dos eleitos da raça. Aos degenerados, recomendavam o isolamento, a esterilização, o celibato. O descaso enfim, destaca Octávio Domingues:

Que tem feito a ciência em matéria de higiene e medicina? Salvar da morte uma multidão de indivíduos a ela condenados, sem a sua intervenção providencial. Isto é permitir que vivam criaturas que, procriando não fizeram mais do que, na maioria dos casos, multiplicar sua própria inaptidão para a vida e para a civilização.²²³

O objetivo de boa parte dos eugenistas brasileiros não era melhorar as condições de vida das populações mais carentes, mas melhorar a raça. Para isso, vão desejar intervir nos seus hábitos e principalmente, na sua reprodução para tentar impedir que criaturas inaptas para o trabalho, para o progresso e para a

²²³ DOMINGUES, Octávio. **Eugenia**: seus propósitos, suas bases, seus meios. (Em cinco lições). São Paulo: Nacional, 1933. p. 34.

civilização proliferassem. Para livrar-se dos efeitos gerados pelas contradições do sistema capitalista sem interromper o processo civilizatório, as elites passaram a intervir no direito de gerar e de gerir a vida, excedendo um biopoder ou poder sobre a vida, impedido a procriação de uns em nome da sobrevivência de outros: os mais aptos:

Homens normais, homens capazes, homens construtores do progresso material e moral da sua espécie, eis o que pede a Eugenia. E que os gênios de rara beleza sejam donos de uma numerosa prole, isso também ela almeja. E que se procure evitar a multiplicação inconsciente, animalesca, da vasa humana, tão prolífera desgraçadamente.²²⁴

Os aspectos “degenerados” destes corpos, que eram a maioria, horrorizavam alguns representantes da jovem intelectualidade nacional que, afinada com a produção científica europeia, desejava estabelecer critérios de unificação nacional: Estado forte e centralizado, raça sadia e homogênea, o tema é destaque nas teses defendidas nas principais faculdades de medicina do período.

Todo indivíduo por mais ignorante que seja, sabe que um dos procreadores sendo doente, débil, estragado, os seus filhos se ressentirão d'este estado. O interesse da nação é possuir o maior numero possível de individuosão de corpo, e de moral e os casamentos que só produzem seres defeituosos do physico e tambem do moral são uma perda e um encargo da nação e a lei deve proteger o interesse geral pouco se importando com os interesses particulares (...) Da união dos individuos é que depende o futuro da patria e a questão das enfermidades e vícios hereditarios que é admitida pelo mundo medico, nunca foi contestada o que seria para desejar que pelo proprio interesse da raça e da sociedade, fosse Ella inscripta nos nossos códigos (...) a pratica nos tem provado que os filhos herdaram os defeitos dos paes e os augmentam, resultando de uma raça sem harmonia, estragada interiormente, retrograda, condemnada a rapida extinção. Em physiologia com em moral, seria um grande beneficio prohibir-se esses casamentos monstruosos de individuos debilitados pela miseria, depauperados, apodrecidos pela devastidão, estragados pelo álcool, que vivendo na immundicie dos alcouces, vão quase sempre morrer na cama de um hospital.²²⁵

Essa ideia ganhou corpo, sobretudo após a 1ª Guerra Mundial, quando o governo brasileiro percebera o quanto era dependente economicamente de outros países industrializados e o quanto este fato interferia em seu desenvolvimento. Defendia-se, portanto, o crescimento industrial como alavanca para o progresso econômico e este como condição para a consolidação da nação brasileira no cenário mundial: forte, autossuficiente e competitiva. Porém, o pleno desenvolvimento industrial, demandava a plena exploração das forças de trabalho, ou seja, era

²²⁴ Ibid., p. 26.

²²⁵ SILVA, Samuel Dutra da. **O casamento e a prole**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia. Cadeira de Hygiene. Bahia: Typographia do Salvador – Cathedral, 1915. P.23-25.

preciso disciplinar as massas para o trabalho. A medicina e sua rede de saberes sobre o corpo coube, num primeiro momento, esta missão.

No início do século, o discurso médico científico foi o porta-voz do ideário de denominação das elites sobre os corpos insanos, assim como as práticas de higienização do meio, enquanto esquadramento dos hábitos, vícios e tipo físico da população garantiam a dominação e o controle do capitalismo sobre esses corpos.²²⁶ A homogeneização dos hábitos, o controle dos desvios (físico, morais, mentais e sexuais) e a higienização da raça tornaria possível a disciplinarização dos corpos para o trabalho e o progresso econômico de um país que deixaria de ser o berço dos degenerados para se tornar uma nação eugenizada, evoluída do ponto de vista biológico e econômico. Eis o projeto dos eugenistas.

Uma das expressões desse ideário é o projeto de lei que tramitava na Câmara dos Deputados no final da década de 1920 e que visava tornar obrigatória a realização de conferências sobre “Hygiene Individual” e “Hygiene Sexual” nos colégios oficiais e equiparados. Note-se que o projeto, de 1928, propunha em seu artigo 5º a educação higiênica como pressuposto para a constituição de uma prole sadia, civilizada e morigerada:

Art. 5.º O referido programa versará, principalmente, sobre o valor da saúde para o indivíduo e a sociedade; o dever que a sua conservação representa para a humanidade, a patria e a descendencia; o perigo das doenças contagiosas e o crime de as propagar conscientemente ou por negligencia, destacando o que se refere ás moléstias venereas; os meios de prevenir e tratar; as consequencias dos vicios, maximé do alcoolismo, das depravações sexuaes, do desregramento e da vida sexual irregular; as grandes vantagens e nobreza de uma existência morigerada, dedicada á familia, e dos prazeres legitimos que o homem póde desfrutar.²²⁷

Em que pese terem obtido algumas conquistas políticas, alguns objetivos dos entusiastas da eugenia beiravam a utopia. Se por um lado, apresentavam o problema de degeneração física e moral das populações urbanas e rurais – sobretudo como resultado da tríade sífilis – alcoolismo e tuberculose – e o comprovavam através de dados estatísticos e comparações com estudos da ciência Eugênica praticados nos Estados Unidos e na Europa; por outro apresentavam a ciência de Galton como a solução definitiva para a regeneração da raça e, a partir disso, para a instituição de um estado de perfeita harmonia, de progresso e felicidade, com cada “coisa” em seu devido “lugar”. Enfim: uma utopia da sociedade

²²⁶ RAGO, Margareth. Op.Cit., p. 165.

²²⁷ MATTOS, Darcy Moraes de. **Exame pré-nupcial**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. Cadeira de Hygiene. Rio de Janeiro: 1929, p. 43-44.

ordenada e disciplinada; um Éden terrestre, um sonho dourado que só se realizaria mediante uma verdadeira cruzada cuja arma seria a eugenia, por vezes associada à uma religião, como notamos no documento a seguir transcrito:

Mas, como é que podemos, por meio da sciencia de Galton, chegar a realização desse sonho dourado? Para isto é necessário seguirmos os sabios conselhos que ella nos proporciona, desconhecer fronteiras, esquecer o odio e a inveja, transformar o mundo em um unicopaiz denominado – Felicidade – collocar em todas as bandeiras o symbolo da nova religião e transformar-nos em cruzados modernos, firmes no proposito de vencer e de derribar a golpes de lança todos os inimigos dessa nova patria. E elles são muitos a combater. De um lado, temos as doenças infecciosas, avultando entre ellas, em primeira linha, a tuberculose e a syphilis que contribuem de um modo assustador para a depauperação do povo. De outro lado, vemos o alcool, a morphina, cocaina, ether e muitos outros vícios que, hoje em dia, chamam de elegantes e que são outros tantos factores dysgenizantes da raça. Conhecidos que são os mais perigosos dos nossos inimigos, tratemos de nos por a coberto delles e evitar de cahirmos no caminho que nos aponta a Eugenia para a conquista do Eden terrestre.²²⁸

2.4.1 Eugenia Positiva e Eugenia Negativa

A ciência eugênica daria cabo dos efeitos indesejáveis do capitalismo, permitindo a permanência do desenvolvimento econômico aliado ao bem estar físico e social das elites. Uma nação eugenizada ao invés de um país de degenerados. Eis os propósitos dos eugenistas. Os meios? A eugenia positiva e a eugenia negativa.

A eugenia positiva consistia na educação higiênica e na propagação dos princípios da eugenia e da hereditariedade, bem como da difusão da necessidade de regulamentação do exame pré-nupcial obrigatório no código civil. Em suma, constituía-se na disseminação dos ideais eugênicos na sociedade “educando” o povo para a necessidade do melhoramento genético e preparando-o para a intervenção médica. “... Devemos educar o povo de fórma a ficar conhecendo que não só as moléstias venéreas trazem consequências funestas, mas ainda outras molestias, taes como a epilepsia, tuberculose, syphilis etc.”²²⁹

A eugenia negativa ou restritiva, compreendia as ações (e/ou práticas) que a elite médica vinha pleiteando desde o início do século para sanar as mazelas físicas, morais e sociais do Brasil através de uma intervenção direta e repressiva. Consistia

²²⁸ FERRAZ, Luiz M. **Eugenia e casamento**: problema de medicina social. These apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Cadeira de Pathologia Geral. Porto Alegre: Officinas Graphicas da Livraria Montenegrina, 1928. p. 9.

²²⁹ MATTOS, Darcy Moraes de. **Exame pre-nupcial**. These apresentada à faculdade de Medicina da Rio de Janeiro: 1929. P. 36-37.

na defesa de três medidas principais: a regulamentação do casamento – permitindo que só os “mais aptos” se unissem sexualmente – a esterilização compulsória dos “resíduos” da civilização (por nós já citados) e a segregação “humana” em asilos daqueles que deveriam ser impedidos de ter descendência normal; leprosos, tuberculosos e doentes mentais, especialmente.

A criação de inúmeros Hospitais Coloniais onde hansenianos eram “presos” e afastados da civilização, nesse período, é um sinal mais do que evidente do poder que a esfera médica conquistava junto ao Estado. Isolar, segregar, esterilizar... Eram medidas amplamente defendidas por médicos e intelectuais sem o menor constrangimento, pois seriam aplicadas em uma parcela “pouco significativa” da população – nos resíduos da raça, como os denominou Domingues.

Sem condições de servirem ao país como força operosa e morigerada e o que era “pior”, perpetuando a sua incapacidade de através de sua prole numerosa, a estes indivíduos – que não eram poucos – seria negado o direito de gerar a vida – ao mesmo tempo em que seriam impelidos a permanecer em suas “situações de morte” visto que a proliferação de suas vidas era prejudicial à sobrevivência dos mais aptos. Melhor seria então que, ou morressem, ou pelo menos, não gerassem descendência, essa era a visão que salta aos olhos nas teses defendidas no período. Daí a insistência dos médicos que professavam uma orientação eugênica, do exame pré-nupcial obrigatório.

A história de Max Junkes, uma das preferidas entre os adeptos da teoria da degeneração, era exaustivamente citada como exemplo da degradação hereditária e estímulo à adoção de práticas eugênicas:

Citemos aqui o exemplo de Max Jukes que, sendo filho de um alienado, legou uma herança aos seus descendentes em nada invejável. Sabemos que a sua descendência eleva-se a mais de 1200 indivíduos. Destes 1200 indivíduos, 300 morreram logo após o nascimento, 60 foram ladrões, 370 criminosos diversos, 7 assassinos, 440 vagabundos, etc. por esta estatística já vimos que um só indivíduo prejudicou uma grande geração, o que poderia ser evitado diante do exame prenupcial. Se ao pae de Junkes, ou mesmo a Junkes, fosse evitada a procriação, estamos certos que não teríamos de registrar aqui a presente nota. E' certo que isto se deu ha mais de 200 annos. Entretanto, se quisermos voltar a nossa atenção para o que se passa nos nossos hospitais, penitenciarias, hospícios, escolas e até mesmo na sociedade em geral, vamos encontrar exemplos semelhantes ao de Junkes, tal o número de prejudicados Moraes e Physicos que se nos deparam a todos os momentos. (...) Infelizmente o povo não tem a necessaria educação hygienica, o que concorre para que as crianças, ao nascerem, já sejam tuberculosas, syphiliticas, epilêpticas ou sejam verdadeiros monstros, e portanto irão futuramente habitar os hospitais ou povoar as casas de prisões.²³⁰

²³⁰Ibid.,p. 36-37

O direito à vida de uns – os mais aptos – justificava o desaparecimento (através da negação da reprodução e da hereditariedade) de outros: os degenerados. Mata-se aos poucos, em nome do direito à vida. Não seria isso muito próximo daquilo que Foucault denominou como o direito de morte dos tempos modernos?

Graças à sua movimentação, os eugenistas obtiveram vitória no Congresso Nacional com a manutenção do veto aos casamentos consanguíneos durante a Reforma do Código Civil brasileiro. Seus estatutos, sua forma de atuação e de publicização de suas ideias serviram ainda de base e inspiração para inúmeras outras sociedades eugênicas criadas em outros países da América Latina, conforme destaca Vanderlei de Souza:

No final dos anos 1910, o movimento eugenista latino-americano começava a se organizar em alguns países da região. A fundação das primeiras sociedades eugênicas em 1918, como a Sociedade Eugênica de São Paulo, deu-se, como enfatiza Nancy Stepan, apenas 10 anos após o estabelecimento da primeira sociedade britânica e seis anos após a francesa, o que indicava que os cientistas da América Latina estavam afinados com o desenvolvimento da eugenia na Europa. (...) Neste sentido, devido às preocupações intelectuais e políticas que aproximavam os países da América Latina, sobretudo os problemas relacionados à saúde pública e à composição racial, alguns eugenistas começaram a discutir a criação de um movimento eugênico que pudesse reunir o interesse de vários países da região. Na liderança desse movimento regional encontrava-se o eugenista Renato Kehl, representado institucionalmente pela Sociedade Eugênica de São Paulo. Em seu ponto de vista, apesar das inúmeras dificuldades, “para a eugenia vicejar na América do Sul” precisava apenas ser controlada e desenvolvida por esforços de “homens competentes”, tal qual fizeram os eugenistas.²³¹

Seu principal idealizador, Renato Kehl mudou-se para o Rio de Janeiro em 1919, mas não deixou de atuar em prol da eugenia, passando a atuar junto à Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedel. Três anos depois, sob a direção do psiquiatra Antonio Carlos Pacheco e Silva, era fundada a Liga Paulista de Higiene Mental que também difundiu as ideias de seus idealizadores por meio de um periódico próprio: os “Archivos Paulistas de Higiene Mental”.²³²

²³¹ SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Em nome da raça: a propaganda eugênica e as ideias de Renato Kehl nos anos 1910 e 1920. **Revista de História Regional**. Ponta Grossa, Vol. 11, N.(2), p. 29-70, 2006. P. 44.

²³² MARQUES, Vera Regina Beltrão. Op.Cit., p. 58.

3 ASPECTOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

No Brasil a psiquiatria institucionaliza-se enquanto especialidade médica nas três primeiras décadas do século XX, período marcado, como vimos, pela difusão do ideário eugênico entre determinados setores da intelectualidade nacional e das elites médicas.

Em seus primeiros tempos, o saber e a prática psiquiátrica buscam romper com o modelo de tratamento até então dado aos “loucos” na capital do império - esse modelo consistia basicamente da apreensão desses indivíduos e seu encarceramento em celas especiais da Santa Casa de Misericórdia – visando instituir o tratamento moral aplicado no ambiente asilar, aos moldes da psiquiatria francesa do início do século XIX.

Em meados da década de 1920 esse saber já se encontra institucionalizado e atuando no meio acadêmico e em algumas das primeiras instituições asilares do país. É nesse período, que setores da psiquiatria nacional envolvidos com a difusão do ideário eugenista por intelectuais nacionais inspirados nas teorias vindas da Europa e dos Estados Unidos, se unem para debater e tentar aplicar os propósitos eugênicos no sentido de uma higienização das mentes. É criada então a Liga Brasileira de Higiene Mental cujas ideias terão significativa influência na configuração do saber e da prática psiquiátrica nacional na década de 1930.

Dentre as instituições criadas nesse período, destacamos a Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (atual UFRJ) com enfoque no Instituto de Psiquiatria, sobretudo em virtude da intensa atividade de seus professores e médicos em periódicos científicos das décadas de 40 e 50. Alguns desses pesquisadores foram os pioneiros na experimentação e pesquisa dos efeitos das drogas psicoativas em pacientes diagnosticados com depressão na década de 1950.

3.1 DA LUTA PELO TRATAMENTO MORAL À ASSIMILAÇÃO DE PRECEITOS DA PSIQUIATRIA ORGANICISTA ALEMÃ

Segundo Jurandir Freire Costa, pelo menos até 1850, não havia na capital do Império nenhum tipo de assistência médica específica para doentes mentais. Os “loucos” eram acondicionados em celas especiais dos hospitais gerais das Santas

Casas de Misericórdia, quando não erravam pelas ruas ou eram presos por perturbação da ordem pública e vagabundagem.²³³

No entanto, desde 1830, médicos higienistas, sobretudo, vinham se organizando no sentido de mobilizar a opinião pública sobre a necessidade de criação de um asilo específico para os loucos.

Em nome dos preceitos do tratamento moral, difundido pelos alienistas franceses, exigiam que os loucos, em sua condição de doentes mentais, fossem tratados medicamente, questionando os métodos das Santas Casas de Misericórdia. Organizam-se em torno de sociedades civis, sendo a mais importante a “Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro” e passaram a difundir seus preceitos em periódicos próprios²³⁴.

Uma década depois, o Imperador Dom Pedro II assinava o decreto de criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, inaugurado em 1852 sob o nome de “Hospício Dom Pedro II”. O mesmo ficaria, no entanto, ainda por um tempo sob a direção dos religiosos da Santa Casa de Misericórdia, pelo menos até 1881, quando foi criada a cadeira de “Doenças Nervosas e Mentais” na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no mesmo ano, Nuno de Andrade, médico generalista, assumiu a direção do hospital. O primeiro médico psiquiatra a ocupar o posto seria João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), em 1886.²³⁵

Com a proclamação da República o hospital psiquiátrico passa a ser administrado totalmente pelo Estado e independente da Santa Casa. Seu nome foi mudado, em 1890, para “Hospital Nacional dos Alienados”. No entanto, devido a fortes restrições orçamentárias impostas entre os anos de 1899 e 1903 pelo governo federal a assistência psiquiátrica realizada pelo hospital viveu um período de degradação, vindo a se reerguer somente durante o governo do Presidente Rodrigues Alves (1902-1906) que nomeou o médico psiquiatra Juliano Moreira (1873-1932) diretor do hospital. Sob a influência deste, o governo federal promulga a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (1903) e as atividades do Hospital Nacional ganham novo ímpeto.²³⁶

²³³ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. p. 39.

²³⁴ Entre eles: “Semanário de Saúde Pública” -1831/1833 -; “Revista Médica Fluminense” – 1835/1841 - e “Diário da Saúde” – 1835/1836. (COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil*. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.P. 39).

²³⁵ Ibid., p. 40.

²³⁶ Ibid., p. 40-41.

Ainda na primeira década do século XX, são criados os “Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins”(1905) e a “Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal” (1907). A partir de 1912 a psiquiatria torna-se uma disciplina autônoma na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e até o início da década de 1920, são inaugurados vários estabelecimentos destinados ao tratamento de doentes mentais.²³⁷

Inseridos nesse contexto, em 1923 um grupo de médicos e filantropos, sob a Coordenação do psiquiatra Gustavo Riedel (1887-1934), funda no Rio de Janeiro a “Liga Brasileira de Higiene Mental” e em 1934, pelo Decreto número 24.559 de 3 de julho de 1934, durante o governo Vargas, é promulgada a Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais.²³⁸

No quadro a seguir, mais alguns marcos importantes da história da psiquiatria brasileira nesse período:

- 1886 – Teixeira Brandão, em livro intitulado “Alienados no Brasil” refere-se à profilaxia da loucura.
- 1890 – É criada a primeira colônia de alienados, na Ilha do Governador.
- 1895 – Franco da Rocha, em São Paulo, inaugura na América do Sul a assistência hetero-familiar.
- 1923 – Gustavo Riedel lança as bases da Higiene Mental no Brasil criando a Liga Brasileira de Higiene Mental. O mesmo médico ainda é apontado como um dos principais responsáveis pela reforma dos serviços do Hospital em Engenho de Dentro instituindo dois ambulatorios psiquiátricos.
- 1931- Ulysses Pernambucano instalava a A.H.M, reformando a Assistência à Psicopatas em Pernambuco.²³⁹

Esses marcos são importantes para se entender os primeiros tempos da institucionalização da psiquiatria no Brasil, notadamente, na então capital do país, o Rio de Janeiro, em São Paulo e Pernambuco. Processo que, se desenrola ao longo das primeiras décadas do século XX.

²³⁷ Ibid., p. 41.

²³⁸ Id.

²³⁹ ARAUJO, Deusdedit. Ambulatórios de psiquiatria e higiene mental. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**. Ano 1958, Vol. VII, N. 2, p. 151-172. P. 153-154.

Esse processo é marcado, entre outras questões, pela receptividade e circulação de ideias científicas europeias, muitas vezes distintas – como a psicologia experimental de Wundt, a proposta diagnóstica de Kraepelin e a psicanalítica freudiana, além do ideário eugenista de Galton e da teoria da degeneração de Morel – entre médicos brasileiros. Essa influência estrangeira se manifesta nas teses, artigos e livros escritos ao longo desse período por psiquiatras brasileiros que tentam debater, mediante uma síntese das teorias científicas europeias, questões relativas ao futuro da nação, fossem elas relativas à questão racial ou à questão da infância.²⁴⁰

3.2 A ATUAÇÃO DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL

Fundada em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel e com o apoio de Renato Kehl na cidade do Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental nasceu com a ajuda de filantropos e com o propósito de mudar o panorama da assistência aos doentes mentais, mediante a instituição de melhorias nos estabelecimentos e da renovação dos profissionais que atuavam no meio. Essas eram as metas iniciais de Riedel, conforme destaca Jurandir Freire Costa:

Esta meta confirmava o Ideal de Riedel, um dos pioneiros da Psiquiatria brasileira que, desde o início de sua carreira, tinha se dedicado a reforma da assistência psiquiátrica. Antes de fundar a LBHG, ele havia criado um ambulatório de profilaxia das doenças mentais, anexo a Colônia do Engenho de Dentro, de que foi diretor. Pouco tempo depois ele organizava um *serviço aberto* [grifos do autor] para *psicopatas*, um laboratório de Psicologia e uma escola de enfermagem onde eram formadas as *monitoras de higiene mental*. Em 1923, após ter ganho o Grande Prêmio da Exposição Internacional de Higiene de Estrasburgo, Riedel funda a LBHM e torna-se seu primeiro presidente.²⁴¹

Em seus primeiros tempos, a LBHM, enquanto uma entidade pública, era mantida por uma subvenção do governo federal além das doações feitas por filantropos. Desde 1925, quando do lançamento de sua revista “Archivos Brasileiros de Higiene Mental” passou a contar também com a renda proveniente dos anúncios publicados no periódico. Segundo Costa, a partir de 1926 os psiquiatras associados passaram a desenvolver projetos em que a preocupação com a qualidade da assistência aos doentes mentais, ideal fundador da Liga, foi cada vez mais sendo

²⁴⁰ VENANCIO, Ana Teresa A. Os alienados segundo Henrique Roxo: ciência psiquiátrica no Brasil no início do século XX. **Culturas Psi**. 2012, Volume O. [online]. Disponível em: http://www.culturaspsi.org/Revistas/volumen_0/6.pdf. Acesso em: 16/07/2014.

²⁴¹ COSTA, Jurandir Freire. Op.Cit., p.. 45.

relegada em prol de debates e projetos visando a prevenção de doenças mentais, mediante a educação dos indivíduos e da intensificação da difusão do ideário eugênico.²⁴²

A concepção de Higiene Mental perpassava projetos e ações destinadas à educação eugênica da população, com o objetivo de evitar a propagação de moléstias mentais, as quais, segundo defendiam os psiquiatras envolvidos no projeto (fortemente influenciados pela psiquiatria alemã organicista)²⁴³ tinham origem hereditária. O que se observa, a partir de então, segundo Costa, é o deslocamento da prática psiquiátrica, de um domínio estritamente médico, para um domínio cultural e social.²⁴⁴

Sob a justificativa da higiene mental como prerrogativa para o desenvolvimento psíquico sadio dos indivíduos, extrapolam o espaço de sua atuação para além dos hospitais e clínicas, almejando atingir também as escolas, as famílias. O público alvo passa a ser constituído também pelos indivíduos sãos, e não apenas os considerados afetados mentalmente. Era necessário realizar uma intervenção preventiva, profilática, cujo artefato conceitual passou a ser a ideologia eugenista, naquela época (fins dos anos dez) já plenamente instalada entre médicos e intelectuais não apenas de São Paulo, mas também do Rio de Janeiro, conforme destaca Vanderlei de Souza:

O médico Juliano Moreira, Diretor do Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, ao receber o convite de Renato Kehl para participar como membro da Sociedade Eugênica, enviou correspondência informando-lhe que também havia criado uma Sociedade Eugênica anexa a Sociedade de Neurologia e Psiquiatria do Rio de Janeiro, como objetivo de aplicar o conhecimento eugênico no campo da higiene mental. Além de Juliano Moreira, intelectuais como Souza Lima, Antonio Austregésilo, Leonídio Ribeiro, Ernani Lopes, entre outros médicos ligados à psiquiatria e à medicina legal, também assumiram o papel de divulgadores e prosélitos da eugenia na Capital Federal. Afrânio Peixoto, médico e escritor já muito conhecido por seus trabalhos sobre higiene e medicina legal, também escreveu a Kehl comentando sobre seus interesses científicos por esta “nova ciência”. Segundo Afrânio, seus estudos sobre eugenia vinham sendo desenvolvidos já há alguns anos, por meio dos quais desejava estimular a propaganda e o debate sobre as idéias eugênicas na cidade do Rio de Janeiro.²⁴⁵

É importante aqui, ampliando as considerações postas por Vanderlei de Souza, destacar que a concepção de que as afecções mentais tinham origem

²⁴² Ibid., p. 47-48.

²⁴³ Ibid., p. 56.

²⁴⁴ Ibid., p. 46.

²⁴⁵ SOUZA, Vanderlei Sebastião de. **Em nome da raça** ..., p.38.

hereditária demonstrada por expoentes da psiquiatria organicista alemã, notadamente Kraepelin e seu sucessor na Clínica Psiquiátrica de Munique, Ernest Rudin, era considerada a mais pertinente, pelos principais psiquiatras brasileiros, entre eles, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto.

Nos trechos a seguir, extraídos da segunda edição de “Elementos de Medicina Legal” de Afrânio Peixoto, publicado em 1914, é nítida a influência exercida por Kraepelin sobre o médico brasileiro, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, quanto a convicção da etiologia hereditária de uma doença mental específica, a chamada “psicose maníaco-depressiva”. Tal qual a tradição alemã, reconhece a tara familiar como a causa principal PMD, sendo os demais fatores – abuso dos estudos, do amor e do álcool, os choques emocionais (sobretudo afetivos) – tidos como secundários, desencadeantes de algo que só atinge um “terreno preparado”:

Definição. – Doença mental acometendo hereditarios nevropatas, que se manifesta por síndromes de excitação e depressão, isolados, combinados, misturados ou alternados, em intensidade, duração e disposição variáveis, passando sem considerável lesão da inteligência, e se repetindo e reincidindo através da vida.

Etiologia – Concorre com 5 a 10 % para as admissões nos hospícios. Tão comum nos homens como nas mulheres. Idade de predileção, dos 20 aos 40 anos. Os doentes apresentam tara familiar pesadíssima em nevropatia, quase sempre homeomorfa. São causas ocasionais as violências psíquicas de toda a ordem, as afetivas principalmente, os desgostos morais, as fadigas, excessos, insônias, abusos alcoólicos, privação de alimentos. A gestação, o puerperio, a menopausa, as fadigas do estudo, o trabalho corporal, o coito immoderado, favorecem aquelas causas, num terreno preparado. **[grifos no original].**²⁴⁶

Aos poucos, a eugenia passa a ocupar, no discurso psiquiátrico brasileiro, o lugar antes reservado à teoria da degenerescência, não substituindo-a, mas constituindo-se como resposta científica à ela, como possibilidade de intervenção científica sobre esse processo. O processo de seleção natural, que se acreditava ocorrer de forma silenciosa e oculta aos olhos do cientista, agora poderia ser controlado pelos instrumentos propostos pela eugenia.²⁴⁷ A recepção a essas ideias se dá concomitantemente à institucionalização da prática psiquiátrica no Brasil, sendo complicado dissociar, portanto, nesse período (1910-1930) o discurso psiquiátrico de matriz organicista, da forma como foi apropriado por psiquiatras

²⁴⁶ PEIXOTO, Afrânio. **Elementos de medicina legal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves e Cia, 1914. p. 104.

²⁴⁷ CUNHA, M.C. 1986, p. 166. Apud MARQUES, Vera Regina Beltrão. Op.Cit., p. 59.

brasileiros, da disseminação da ideologia eugênica entre principais faculdades de medicina do país.

Ultrapassando os limites físicos da exclusão e do isolamento nas instituições de internamento, os psiquiatras brasileiros ampliam o alcance de seu saber e de sua prática para a multidão de pessoas ditas normais, mas que, segundo esses profissionais, viviam sob o risco da degeneração em virtude de sua ancestralidade, de sua conduta desregrada ou da junção de ambos. Sob a justificativa de evitar situações de degeneração mental futuras, se proclamam os responsáveis pela normalização do social, impedindo a loucura onde quer que ela pudesse acontecer. Agindo no meio social e buscando atingir indivíduos que viviam para além das instituições psiquiátricas, interferindo em sua dieta, nas suas relações sexuais, nos seus prazeres e vícios, no seu trabalho e lazer e assim, “impedindo” que o álcool, as drogas e o “desregramento sexual” pudessem vir a afetar sua saúde psíquica e de sua prole. Desta forma, como destaca Marques:

A nova ordem psiquiátrica inseria-se na nova ordem social (...). O meio social deixava de representar, preponderantemente, o meio físico a ser saneado, no sentido aludido pelos higienistas da Liga Pró-Saneamento, mas configurava-se como contexto social – o espaço do fazer a vida em todos seus aspectos, desde o trabalho, as condições de moradia, o tempo de lazer, enfim, o espaço das práticas políticas e sociais. Assim, os supostos “venenos sociais” como o álcool, a prostituição, a ‘libertinagem’, dentre outros, assumiram o papel de causa da degeneração, tornando necessário o apelo à educação, como antídoto para todos os males.²⁴⁸

A esse respeito, é importante mencionar que nas teses defendidas nas faculdades de medicina no período em questão, um dos principais “venenos sociais” a serem atacados era o alcoolismo, como podemos observar no trecho a seguir: “É sabido que os alcoolatras não merecem conceito algum, porque são incapazes de se guiarem no mundo social. São escravizados ao vício que mais tarde os leva ao crime, às prisões, aos hospícios, aos hospitais e até mesmo ao suicídio.”²⁴⁹

Sendo ele próprio considerado um mal de origem hereditária, o alcoolismo era visto também como o mais pernicioso dos vícios, uma vez que era tido como a porta de entrada para outros males: por causa dele ou tomado por ele, o indivíduo poderia se entregar à vagabundagem (deixando de ser produtivo para a nação); à promiscuidade (pondo em risco o casamento e correndo o risco de contrair doenças venéreas tornando sua prole triplamente degenerada – pela tara do alcoolismo e

²⁴⁸ Id.

²⁴⁹ MATTOS, Darcy Moraes de. Op. Cit., p. 70.

pelos efeitos físicos e mentais associados à sífilis, por exemplo) ou ainda, vir a desenvolver diferentes formas de loucura (mania, melancolia, demência precoce).

O indivíduo alcoólatra é de longe o mais perigoso para o projeto de nação almejado pela elite médica nacional, incluindo-se aí os psiquiatras. A associação entre alcoolismo e loucura é sempre presente, pois, conforme destacava Afrânio Peixoto: “Os hospícios de loucos, como as prisões, estão cheios de vítimas do álcool”.²⁵⁰

Vendo-se na obrigação de reverter esse estado de coisas, os médicos militantes da Liga Brasileira de Higiene Mental insistiam na necessidade da higienização da mente, sendo esse processo associado à educação higiênica com finalidade eugênica, ou seja: disseminar um conjunto de práticas, hábitos e enunciados capazes de modificar certos comportamentos tidos como degeneradores psíquicos entre os indivíduos.

Segundo Jurandir Freire Costa, esse caráter de um discurso higienizante destinado aos indivíduos modifica-se e amplia-se na década de 1930 para uma tentativa de higienização da raça. Durante o I Congresso Internacional de Higiene Mental, realizado em 1931 destacou-se a fala de Ernest Rudin sobre a necessidade da Higiene Mental em sua dimensão prática, exercer-se em todos os domínios da vida social, e não apenas nos limites da psiquiatria. Tais pressupostos, que se tornariam os germes da redefinição do papel da psiquiatria na Alemanha nos anos seguintes, foram acolhidos com entusiasmo entre psiquiatras da LBHM. Segundo Costa, estes passam a preocupar-se cada vez mais com a raça²⁵¹, direcionando o discurso da higiene mental com vistas ao seu “aprimoramento psíquico” para que atingisse os patamares de excelência ditados pelos teóricos da eugenia europeia e adaptados para a situação brasileira, criando assim, um “tipo brasileiro melhorado”, tanto física quanto psiquicamente. A facilidade com que o pensamento da psiquiatria alemã organicista a cerca da higienização da raça atingiu os psiquiatras da LBHM explica-se, segundo Costa, pela sua funcionalidade e pela sua significação:

²⁵⁰ PEIXOTO, Afrânio apud , MATTOS, Darcy Moraes de. Op. Cit., p. 70.

²⁵¹ COSTA, Jurandir Freire. Op.Cit., p. 61.

Por sua função, pois o pensamento alemão permitiu aos psiquiatras participar da renovação cultural da sociedade brasileira, permanecendo psiquiatras. A eugenia foi, para eles, a maneira *científica* e *psiquiátrica* de resolver a *confusão moral, racial e social* onde se encontrava o Brasil, sem, no entanto, abdicar de seu status profissional. A dimensão ideológica dos programas de higiene mental era escondida pela fachada de eugenia e as aspirações culturais dos psiquiatras eram, assim, plenamente satisfeitas. Enfim, por sua significação, pois a Psiquiatria alemã, pelos temas que evocava, enquadrava-se, harmoniosamente, no contexto histórico da época. A eugenia, através da crítica às instituições da democracia liberal, incorporava-se ao movimento de renovação política desejado por certos políticos e intelectuais; pela defesa de uma nova moral; contribuía para a *renovação espiritual*, pedida por certos intelectuais descontentes com o catolicismo pouco ortodoxo da velha sociedade liberal; e, pela reativação dos conflitos étnicos, reforçava as correntes intelectuais racistas e xenóforas dos anos 20-30.²⁵²

O projeto de higiene mental tal qual passou a ser interpretado pela LBHM a partir de 1931 encontra ressonância no governo Vargas. Entre as principais medidas no sentido de acolhimento das demandas da psiquiatria nacional envolvida com o projeto da higiene mental, destaca-se a organização, em 1937, pela Divisão de Assistência a Psicopatas, do primeiro inquérito psiquiátrico do Brasil. Dentre as reivindicações apresentadas, merece destaque a sugestão para que se criassem ambulatorios de assistência psiquiátrica nas redes de serviços públicos estaduais de saúde. Uma das iniciativas pioneiras no encalço dessa reivindicação foi a organização, no ano seguinte, do Serviço de Higiene Mental Escolar em São Paulo, por Durval Marcondes.²⁵³

Porém, a grande vitória obtida pelos psiquiatras brasileiros envolvidos com o projeto da LBHM viria em 1941, com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais. O órgão representou, ao mesmo tempo, a união de vários outros serviços e órgãos então existentes e direcionados à assistência psiquiátrica (como o Serviço de Assistência a Psicopatas e Divisão de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal) constituindo-se o início de profundas mudanças no campo da política assistencial psiquiátrica cuja atuação em âmbito nacional passou a fortalecer-se, segundo Ana Venancio:

²⁵² Ibid., p. 77.

²⁵³ ARAUJO, Deusdedit. Ambulatórios de psiquiatria e higiene mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Ano 1958, Vol. VII, N. 2, p. 151-172. P. 153.

O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) – instituído em 2/4/1941 através do decreto nº 31711e reunindo o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) e a Divisão de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (DAP-DF) – era um dos 23 órgãos do recém-estruturado Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (DNS), que compreendia as Divisões de Saúde Pública, de Assistência Hospitalar, de Assistência a Psicopatas e de Amparo a Maternidade e a Infância. A reunião dos órgãos estadual e nacional no SNDM e parece ser indício de mudanças substanciais no campo da política assistencial psiquiátrica, ampliando-se a ação do Departamento Nacional de Saúde (DNS) na área psiquiátrica, até então mais circunscrita ao Distrito Federal. Com essa fusão, a tarefa de formulação de uma política assistencial psiquiátrica de âmbito nacional, saía fortalecida.²⁵⁴

Entre suas ações e atribuições, entre 1941 e 1943, destacavam-se:

- Controle e fiscalização dos serviços públicos e particulares de assistência psiquiátrica.
- Levantamento dos serviços de assistência psiquiátrica a nível nacional.
- Construção de hospitais e formação de psiquiatras.
- Controle estatístico.
- Instituição de cursos de especialidade com bolsas de estudos, a partir de 1942.
- Auxílio aos serviços estaduais e o estabelecimento de regime de convênios com os Estados, a partir de 1948.
- Praxiterapia em hospitais públicos, a partir de 1943.
- A introdução da Cadeira de Higiene Mental nos Cursos do Departamento Nacional de Saúde e nas Escolas de Enfermagem, a partir de 1942.
- A criação de Ambulatórios de Higiene Mental já a partir de 1941.²⁵⁵

Em relação ao último tópico, fica clara a influência do projeto da LBHM na institucionalização das práticas de assistência psiquiátrica instituídas pelo governo federal. Não temos dados sobre quantos foram os ambulatórios de Higiene Mental instituídos no país entre 1941 e 1948, no entanto, em relação a um ambulatório específico, o Ambulatório de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, tivemos acesso a dados que informam que foram ministradas só em 1941, 6.338 consultas, e 7467

²⁵⁴ VENANCIO, Ana Teresa A. História da política assistencial à doença mental (1941-1956): O caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. **Anais do XXIV Simpósio Nacional de História** – ANPUH. Unisinos, São Leopoldo, 2007. Disponível em: <http://snh2007.anpuh.org/resources/content/anais/Ana%20Teresa%20Venancio.pdf>. Acesso em: 07/01/2015.

²⁵⁵ ARAUJO, Deusdedit. Ambulatórios de psiquiatria e higiene mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Ano 1958, Vol. VII, N. 2, p. 151-172. P. 153-154.

em 1948. Outro dado perturbador é que esse único ambulatório chegou a distribuir 8 quilos de luminal por ano, um poderoso barbitúrico indicado, na época, para o controle da epilepsia e como sedativo poderoso em casos de acentuada tensão nervosa.²⁵⁶

O que salta aos olhos nesse único exemplo é a ampliação da ingerência psiquiátrica, facilitada pela via institucional por meio dos ambulatórios de higiene mental, para toda uma parcela da população que vivia para além dos muros dos hospitais colônia, instituições que se difundiram no Brasil como modelo de assistência psiquiátrica a partir de 1941. Nos ambulatórios de Higiene Mental eram atendidas e medicadas pessoas supostamente tidas como normais, o que justifica então a distribuição de uma dosagem tão grande de um medicamento barbitúrico? Em que a medicação de um grande número de pessoas com um poderoso agente hipnótico e sedativo contribuiria para a melhoria e o aprimoramento psíquico da raça?

Essas questões nos levam para a parte seguinte da nossa tese: a ampliação da medicalização da mente, sobretudo, de processos psíquicos caracterizados pela tristeza, angústia e ansiedade, como parte da expansão da ingerência psiquiátrica sobre o cotidiano das pessoas.

²⁵⁶Ibid., p. 154.

PARTE III : A MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA E DA ANSIEDADE

1 O CONCEITO E O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO ANTES DOS PSICOFÁRMACOS

1.1 A DEPRESSÃO COMO “ANEMIA” DAS CÉLULAS NERVOSAS

Entre os expoentes da psiquiatria brasileira na década de 1940, destaca-se o psiquiatra Henrique Belfort Roxo²⁵⁷ (1877-1969). Em relação aos estados depressivos, afirmava, no capítulo intitulado “Psicose Maníaco-Depressiva” da quarta edição do seu “Manual de Psiquiatria”, publicado em 1946:

Estados depressivos – Esta designação é dada na psicose maníaco-depressiva aos casos que outrora eram chamados de melancolia. Os seus sintomas fundamentais são: humor triste, associação demorada de idéias e movimentação vagarosa. Pode-se ter um exemplo, embora grosseiro, da melancolia, em seu grau mínimo no estado mental de quem teve uma grande hemorragia. Vê-se que o indivíduo, muito pálido e deprimido, tem a fisionomia muito triste, custa a raciocinar a respeito do que se lhe diz, e dificilmente se move de um lugar para outro. Há essencialmente um estado de grande astenia, acompanhado de profunda tristeza.²⁵⁸

A definição de Belfort Roxo manifesta a influência das classificações criadas pelos psiquiatras alemães Emil Kraepelin e Wilhelm Weigandt, entre o final do século XIX e o início do século XX e disseminadas entre a psiquiatria brasileira do início do século XX por médicos como Afrânio Peixoto, Juliano Moreira (do qual Roxo foi aluno na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil) e Adauto Botelho. Dentre os signos psíquicos elencados por Belfort Roxo para identificar um quadro depressivo, menciona a movimentação vagarosa, perda de interesse por quase todas as atividades cotidianas, perda do vigor físico e mental.²⁵⁹

A depressão aparece na obra de Roxo, fundamentalmente, como um distúrbio psíquico de causas biológicas. Segundo o médico: “Há um efeito de anemia cerebral e as células nervosas, escassamente nutridas, elaboram vagorosamente o pensamento”.²⁶⁰ O pensamento vagaroso, a lentidão psíquica, apontada como uma

²⁵⁷ Henrique Britto de Belfort Roxo (1877-1969) nascido no Rio de Janeiro, formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil da qual viria a se tornar professor catedrático de medicina psiquiátrica. Foi co-fundador do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, em 1938 e um dos principais difusores dos ideais da psiquiatria biológica alemã no Brasil, notadamente, dos preceitos do psiquiatra Emil Kraepelin.

²⁵⁸ ROXO, Henrique Belfort Roxo. **Manual de Psiquiatria**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1946. p. 269.

²⁵⁹ Id.

²⁶⁰ Id.

das características cruciais de um estado depressivo seria causada, fundamentalmente, por um irrigamento sanguíneo insuficiente das células nervosas.

Inversamente, a mania, caracterizada pelo humor excessivamente alegre, pela movimentação constante e exagerada, com associação rápida e por vezes, fugidia de ideias, seria ocasionada, segundo Roxo, pela superexcitação das células cerebrais relacionada ao afluxo anormal (maior do que o normal) de sangue no cérebro. Células cerebrais pouco irrigadas = pensamento vagaroso, logo, depressão. Células cerebrais excessivamente irrigadas (hemorragia cerebral) = pensamento muito rápido e desconexo, logo, mania. Estados maníaco-depressivos: estados em que os dois episódios se alternariam.²⁶¹

Citando a classificação de Kraepelin, Belfort Roxo categoriza melancolia (ou depressão) em três subtipos: *melancolia simples*, *melancolia com estupor* e *melancolia paranóide*. O que diferencia cada um desses subtipos é a gravidade do estado melancólico. Enquanto no tipo simples, há tristeza, auto desvalorização, lentidão e desinteresse generalizado, na melancolia com estupor observa-se, segundo Roxo, a completa suspensão de toda forma exterior de atividade. Já as ideias de perseguição com alucinações auditivas e interpretações delirantes são comuns no subtipo paranóide.²⁶²

A maioria dos casos de melancolia se enquadraria no subtipo *simples*, assim definido por Roxo:

Na classificação de Kraepelin há como primeira forma de melancolia a simples. Não há delírio. O raciocínio é inteiramente lógico, somente eivado de um acentuado grau de tristeza. Às vezes, o doente chora muito, mas freqüentemente se queixa êle de que as lágrimas se lhe secaram e de que nem mais o consôlo do pranto pode ter. Engolfado na sua tristeza, não presta grande atenção ao que o rodeia e muitas vezes é preciso insistir duas e mais vezes, para que dê uma resposta qualquer. Não é que, como na confusão mental, não compreenda, mas é que cousa alguma lhe desperta interesse e, conseqüentemente, não presta atenção.²⁶³

A origem da melancolia e da mania, assim como da psicose maníaco-depressiva (estados mistos e alternados de mania e melancolia) seria, neurológica, segundo o psiquiatra brasileiro: concebe, como destacado anteriormente, como fator determinante para sua manifestação a perturbação vasomotora das células nervosas possivelmente desencadeada por um distúrbio endócrino. No entanto,

²⁶¹ Ibid., p.269-270

²⁶² Ibid., p.270

²⁶³ Id.

embora acate essa causa biológica como explicação definitiva, concebe também fatores ocasionais que desencadeariam a melancolia. Entre as causas ocasionais destaca o coeficiente emotivo traduzido em uma emoção triste ou deprimente:

Como na essência íntima se trate de um distúrbio vasomotor cerebral, compreende-se bem que uma perturbação endócrina possa suscitá-la. No entanto, se esta fôr muito intensa, haverá uma grave auto-intoxicação e, por exemplo, a esquizofrenia. É preciso que ele seja ligeira e baste apenas para provocar uma irrigação que traga o reflexo vasomotor. Sem o abalo moral só excepcionalmente surgirá a psicose maníaco-depressiva. Tenha uma pessoa uma suspensão catamenial e nada a contrarie, não ficará louca. Diminua um pouco as regras e haja um grande aborrecimento: poderá vir a psicose maníaco-depressiva.²⁶⁴

Estudos e exames com o objetivo de comprovar alterações endócrinas, físicas, sanguíneas e anatomopatológicas em indivíduos considerados melancólicos, maníacos ou com os dois quadros alternados, são indicados pelo autor, que parece conferir maior importância às alterações biológicas que as comportamentais.

Em relação ao tratamento da melancolia, com ou sem ansiedade, Belfort Roxo indica, entre outras coisas, escalda-pés, raios ultravioleta, soro isotônico, massagens, banhos, ópio, laxantes e tranquilizantes por via gástrica ou intramuscular. A seguir, duas de suas receitas, segundo ele, frequentemente indicadas para os melancólicos no Instituto de Psicopatologia (da então Universidade do Brasil, Rio de Janeiro). Note-se que trata da combinação de extratos fluidos e ditos de substâncias como Coca e Damiana, e Crataegus, Luminal (barbitúrico) e Passiflora, quando a melancolia vinha acompanhada de ansiedade.

No Instituto de Psicopatologia receito frequentemente para os melancólicos uma fórmula minha:

Extrato fluido de cereja da Virginia	}	aã 20 g
Dito de coca		
Dito de Damiana		

Tome quarenta gotas de cada vez, três vezes por dia.

Se houver ansiedade, pode-se dar uma fórmula minha:

Luminal	}	aã 5 cg
Extrato de Crataegus		
Dito de Passiflora		

F.S.A. uma pílula Mde. nº 30. Tome três cada dia.²⁶⁵

²⁶⁴ Ibid., p. 274.

²⁶⁵ Ibid., p. 285.

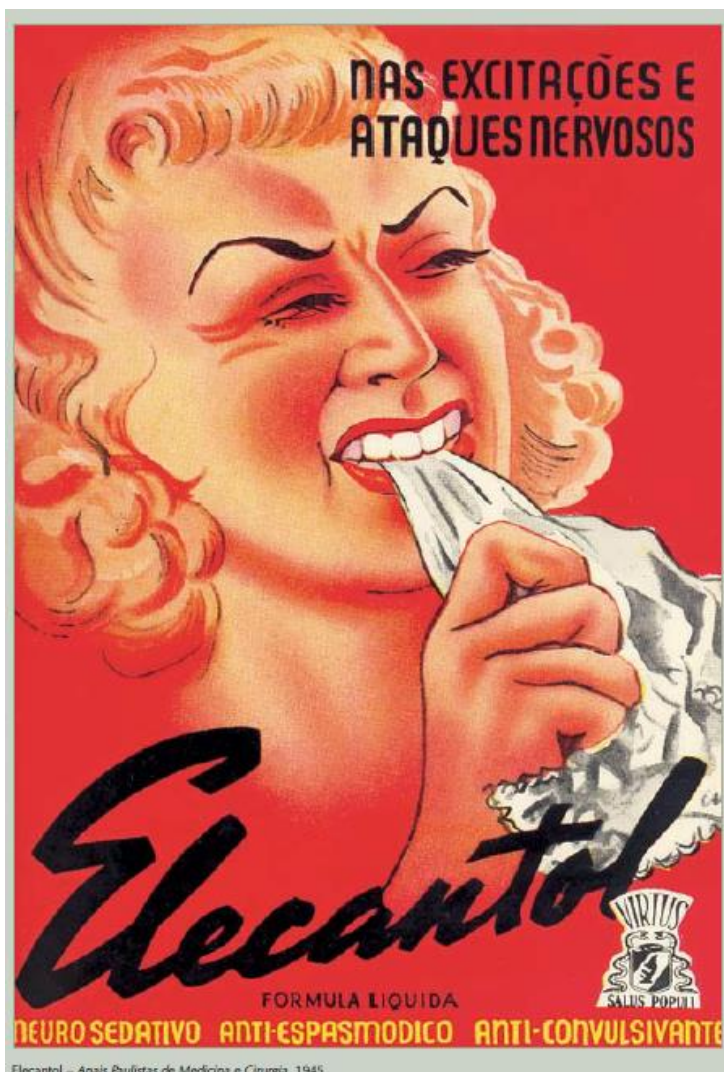
Em relação aos tranquilizantes, para os estados maníacos, destaca-se nas receitas do Doutor Henrique Belfort Roxo, amparadas grandemente em literatura estrangeira atualizada na época: tintura de beladona, solução milesimal de adrenalina, cloral, luminal (nome comercial do fenobarbital, um sedativo hipnótico da classe dos barbitúricos) e extrato fluido de Damiana. Para casos mais graves, mencionava a intervenção cirúrgica no lobo frontal, desenvolvida pelo médico português Antônio Esaga Moniz em 1935: a *Leucotomia*.²⁶⁶ Vejamos a seguir, aspectos desses tipos de tratamento empregados por psiquiatras brasileiros nas décadas de 1940 e 1950, anteriormente ao advento dos psicofármacos modernos.

1.2 BROMETOS E BARBITURICOS NA TERAPIA DA ANSIEDADE

Nas mensagens publicitárias veiculadas em revistas médicas de múltiplas especialidades (“O Hospital” e “A Folha Médica”) ao longo das décadas de 1940 e 1950, são anunciados “sedativos atóxicos”, “não deprimentes” e “não hipnóticos”, a maioria sob a forma de soluções líquidas, indicados como “neuro-sedativos”, “anti-espasmódicos” “anti-convulsivantes” como forma de controle médico para estados de nervosismo, irritabilidade, insônia e fadiga intelectual.

Trata-se de medicamentos manipulados por laboratórios nacionais (laboratório Gross, laboratório Clímax, entre outros) que têm em sua formulação, substâncias a base de sais de brometo e/ou barbitúricos. É o caso da imagem a seguir, veiculada nos “Anais Paulistas de Medicina” em 1945:

²⁶⁶ Cabe salientar aqui que dois termos eram utilizados ao longo das décadas de 1930, 1940 e 1950 como sinônimos: leucotomia e lobotomia. No entanto guardam sutis diferenças entre si. A técnica “psicocirúrgica do lobo frontal” como estratégia biológica para controlar o comportamento agitado, especialmente, dos esquizofrênicos, foi desenvolvida quase que simultaneamente, por pesquisadores diferentes, na década de 1930, conforme destaca André Luis Masiero: “Também chamadas de “psicocirurgias”, eram duas técnicas neurocirúrgicas que intentavam eliminar determinadas doenças mentais ou modificar “comportamentos inadequados”. Com algumas diferenças, foram idealizadas concomitantemente pelos neurologistas americanos Walter Freeman (1895-1972) e James Winston Watts (1904-1994), da George Washington University, e pelos neurologistas portugueses Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz (1874-1955), seu assistente Almeida Lima e pelo psiquiatra Cid Sobral, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. (...) Leucotomia vem do grego *leuco* = branco *etomos* = “corte”, “separação”, “cisão”, ou seja, “corte da substância branca”. Mais genérico, o termo lobotomia vem do grego *lobos* = “porção”, “parte” e do mesmo *tomos*”. (MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Fiocruz, Rio de Janeiro, Vol. 10, n, 2, Mai/Agost. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 13/01/2014).



(Fonte: ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA, 1945, apud BUENO, Eduardo; IBAUM, Paula Taite. **Vendendo saúde**: a história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: ANVISA, 2008. p. 6).

O anúncio traz como ponto central uma ilustração representando o rosto e o tronco de uma mulher branca, de cabelos loiros, com idade por volta dos 30 anos. Com os olhos semicerrados, ela morde o que parece ser um lenço branco com um semblante raivoso.

Todo o rosto dessa mulher apresenta uma tonalidade que vai do amarelo ao vermelho, em contraste com suas sobrancelhas: negras e arqueadas. Observemos também que acima das sobrancelhas há duas áreas salientes e inchadas que chamam bastante a atenção, sobretudo quando combinadas com o traço das sobrancelhas, com o tom avermelhado do rosto e finalizadas com o penteado que apresenta uma franja bem curta como se para deixar ainda mais visível a expressão facial.

Tentemos visualizar a imagem da publicidade, sem as palavras que a acompanham. Num primeiro e rápido olhar, de longe, de relance, o que essa imagem nos lembra? Que referências visuais ela evoca? A que outros contextos – visuais e culturais - ela nos remete? Que informações alegóricas vindas de outras imagens semelhantes, podemos perceber nesta imagem?

Trata-se de uma imagem que chama a atenção. Segundo acreditamos, é percebida em nosso contexto mental porque nos lembra de uma imagem bem familiar na cultura ocidental: uma representação do diabo. Isso se evidencia pelo tom avermelhado que predomina em todo o anúncio, tanto na imagem quanto no fundo; na expressão raivosa no rosto dessa mulher, nas sobrancelhas arqueadas seguidas de dois inchaços na testa que nos lembram chifres. Mas essa imagem visual, como ícone, manifesta-se como signo, como mediação entre nós, expectadores, e um fenômeno que ela representa.²⁶⁷ Que fenômeno é esse? Percebendo a própria representação do diabo como alegoria, talvez a interpretação desse ícone seja facilitada: a que alegorias a imagem do diabo é comumente associada? Às alegorias do mal, do sombrio, do nefasto, das paixões descontroladas.²⁶⁸

Voltemos à nossa imagem: se ela nos remete a algo familiar e esse algo é a representação do diabo que, pode ser compreendido como um signo – uma forma de significarmos, de representarmos o mal – e também como uma alegoria – uma

²⁶⁷ JOLY, Martine. **Introdução à análise da imagem**. Tradução de Marina Appenzeller. 6 ed. São Paulo: Papirus, 1996.

²⁶⁸ Segundo Ernest Gombrich, dentre os fatores que enraízam nossa relação com o meio e que tornam possível nossa sobrevivência em relação a esse meio está a capacidade de criação de uma identidade com o que percebemos, identidade essa construída a partir de nossa relação constante com esse meio e edificada a partir de determinadas regularidades, constâncias, familiaridades, sem as quais, afirma Gombrich, nossas percepções se perderiam num caos de impressões em espiral, que nunca se repetiriam. Para que algo seja reconhecido, para que uma imagem visual seja lida, precisa, de alguma forma, relacionar-se a essas regularidades, familiaridades, constâncias que permitem o *ver* em cada época. Dessa forma, o uso recorrente de alegorias em imagens publicitárias permite esse reconhecimento do expectador para com o contexto imagético apresentado. Ele consegue lê-lo porque contém elementos que, de alguma forma, já lhe são familiares em sua cultura, ainda que dispostos, combinados de outra forma. A idéia de diabo como alegoria do mal é um exemplo disso e a forma como foi, em nossa opinião, relida, reinterpretada nessa mensagem publicitária, busca chamar a atenção para um mal específico: o descontrole psíquico e a possibilidade de sua contenção pela via medicamentosa. A respeito dessa possibilidade de análise de documentos pictóricos ver em: GOMBRICH, E.H. **Arte e ilusão**. Um estudo da psicologia da representação pictórica. Tradução de Raul de Sá Barbosa. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

representação figurativa e alargada a partir, do qual se transmite um sentido outro que não a interpretação literal de algo – enfim: se essa imagem nos remete à representação do diabo e este, num contexto simbólico pode ser entendido como uma alegoria do mal, qual é o mal para o qual essa imagem está chamando a atenção?

O fato de a imagem representar uma mulher com o semblante abalado, raivoso, distorcido e mordendo o que parece ser um lenço branco – note-se que o lenço branco também pode ser entendido do ponto de vista alegórico, algo que representa paz, tranquilidade, serenidade – nos faz pensar que o mal para o qual essa imagem busca chamar a atenção é o mal do descontrole emocional: só alguém descontrolado emocionalmente exibiria esse semblante e morderia um lenço com tanta raiva.

No o texto do anúncio, a palavra que mais se destaca, em letras pretas e grandes é o nome comercial do produto que a imagem ajuda a anunciar: **Elecantol**. Considerando-se apenas as informações contidas no texto do anúncio, percebemos que o produto é anunciado como neurosedativo, antiespasmódico e anticonvulsivante. Propriedades, aliás, estrategicamente escritas em amarelo sob o fundo vermelho, em letras menores, porém legíveis, na parte inferior do anúncio. No canto superior direito, a informação que comprova nossas suspeitas: “nas excitações e ataques nervosos”. Ou seja: trata-se do anúncio de um produto, apresentado em fórmula líquida (informação escrita logo abaixo do nome comercial do medicamento) que agiria, fundamentalmente, no controle de estados de excitações nervosas, quadro que a imagem tentou evocar por meio do uso estratégico de cores, formas e alegorias.

O produto em questão era produzido, na época, pelo laboratório Virtus e tinha em sua composição: “... brometos de amonea, potássio e sódico, Crataegus, Leptolóbio, Passiflora”.²⁶⁹ Segundo a fórmula, era indicado como calmante e neurosedativo em casos de insônia (decorrente de depressão) ou de agitação ansiosa seguida de descontrole emocional (em casos de surtos maníacos).

Se considerarmos o contexto da história dos medicamentos e dos tratamentos para os chamados “males da mente” no Brasil – é um período anterior à descoberta e disseminação dos psicofármacos, anterior também à expansão da

²⁶⁹ ELECANTOL. **Compêndio Médico**. 15 ed. São Paulo: Andrei Editora S.A., 1974. p. 205.

indústria farmacêutica e anterior ao processo de profissionalização da publicidade brasileira, que, segundo Anna Cristina Figueiredo, modernizou-se a partir da década de 1950.²⁷⁰

Mas para entender melhor essa fonte iconográfica, precisamos situá-la ainda mais em seu contexto. Nos manuais de Psiquiatria brasileiros publicados na década de 1940 havia três transtornos mentais que se destacavam: a melancolia (ou depressão), a mania e a esquizofrenia. No entanto, esses termos ainda eram pouco conhecidos do grande público: possivelmente, no senso comum, alguém que sofresse daquilo que o saber médico nomeava como “esquizofrenia” fosse denominado, genericamente, como “louco”; e alguém que sofresse daquilo que o saber médico denominava “mania” fosse caracterizado, pelo senso comum, como alguém que tinha “problema de nervos”, alguém com “problemas nervosos”. No anúncio temos a indicação: nas excitações e ataques nervosos. A loira representada pela imagem está, portanto, tendo um “ataque nervoso” ou, segundo um olhar médico, “um surto maníaco”.

Mas essa não era uma imagem destinada ao grande público: é parte de uma mensagem publicitária veiculada numa revista médica: nos Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia. Era, portanto, destinada ao público médico, no entanto, não necessariamente a psiquiatras: os Anais traziam informações sobre várias especialidades médicas e entre um artigo e outro, apresentavam mensagens publicitárias de medicamentos diversos, entre eles, fórmulas líquidas que agiriam como calmantes. Logo, além de informações técnicas precisas – anticonvulsivante, antiespasmódico e neurosedativo – o anúncio traz também uma informação mais geral, abrangente e compreensível por médicos não psiquiatras: o medicamento agiria fundamentalmente para conter ataques nervosos.

Algo interessante a se observar em relação ao contexto do tratamento dos chamados “males da mente” na época – década de 1940 - é o fato de grande parte

²⁷⁰ Segundo Anna Cristina C. M. Figueiredo, importantes eventos ocorridos ao longo da década de 1950 contribuíram para a modernização, profissionalização e autonomização da publicidade brasileira: o surgimento dos primeiros supermercados (a partir de 1953); a autonomização da Escola de Propaganda (em 1955) anteriormente vinculada ao Museu de Arte de São Paulo; a realização, em 1957, do Primeiro Congresso Brasileiro de Propaganda e a fundação, em 1959, da Associação Brasileira de Propaganda. É nesse contexto também que são lançados os primeiros livros específicos sobre propaganda brasileira. (FIGUEIREDO, Anna Cristina Camargo M. **Liberdade é uma calça velha, azul e desbotada**: publicidade, cultura de consumo e comportamento político no Brasil (1954-1964). São Paulo: Hucitec, 1998).

das imagens publicitárias referentes aos medicamentos neuro-sedativos apresentarem a figura feminina como vítima em potencial de ataques ou de depressões nervosas. Ou seja: podemos inferir, com isso, que na década de 1940, época que antecede a disseminação da psicofarmacologia (década de 50) e a expansão dos medicamentos psicoativos no Brasil (processo observado ao longo da década de 1960), segundo um determinado saber médico disseminado em anúncios publicitários e veiculados em periódicos especializados, determinados transtornos mentais atingiriam mais as mulheres do que os homens. A imagem a seguir, datada de 1950, reitera essa hipótese.



(Fonte: O HOSPITAL. [S.L], v. 37, N. 3, Março de 1950, p.7)

Na mensagem publicitária vemos o anúncio de um medicamento chamado “Neurilan”, do laboratório Gross, situado na época, no Rio de Janeiro. É indicado como “poderoso calmante do sistema neurovegetativo, não deprimente”. É um medicamento à base de estrôncio bromado, crataegus, leptolobum e meimendro.

Forma líquida ou em comprimido. A imagem que ilustra a mensagem publicitária é de uma mulher na faixa dos seus 30 anos, branca, de classe média (pelo aspecto de suas vestimentas, do seu penteado e do mobiliário que a cerca) dormindo serenamente em uma cama confortável.

A imagem anuncia um medicamento à base de estrôncio bromado, composto associado ao brometo, princípio utilizado na formulação de sedativos desde o final do século XIX, especialmente o brometo de potássio e o íon brometo ministrados como antiepilépticos.

²⁷¹Vários medicamentos comercializados nas farmácias brasileiras nas décadas de 1940 e 1950 e indicados para problemas nervosos (insônia, irritabilidade, inquietação e neurose de angústia) eram à base de brometos ou barbitúricos, ou ainda, combinação de ambos os princípios. Especialmente os barbitúricos²⁷², cuja indicação terapêutica seria, sobretudo, como anticonvulsivante (em caso de epilepsia) eram produzidos sob a forma de elixires e soluções e anunciados também como calmantes, que poderiam ser administrados inclusive para crianças. Entre os mais indicados e comercializados, aparecem: Quietex,

²⁷¹ Os brometos são compostos em que o Bromo existe em estado de oxidação. Foram descobertos em meados do século XIX por dois pesquisadores, em dois trabalhos diferentes e independentes. Em 1825: K. Löwig – do Laboratório de Medicina e Química de L. Gemlin isolou um líquido avermelhado e de odor desagradável de origem mineral tratado com cloro gasoso. Com éter, a substância responsável foi extraída e o líquido ficou com um tom róseo e foi chamado de Bromo (que vem do grego “bromos” que significa “fétido”). Também entre 1825 e 1826 A. Balard, da Escola de Farmácia em Montpellier isolou substância com características idênticas àquela descoberta por Löwig, chamando-o de “murido”, do grego salmora. O nome definitivo foi dado em 1826, quando a descoberta do elemento foi atestada e comprovada cientificamente. Outros brometos utilizados em psiquiatria eram o Brometo de lítio, usado como sedativo entre 1900 e 1940, o Carbonato de lítio e Cloreto de lítio, administrados na terapêutica de psicose maníaco-depressiva. O lítio foi isolado em 1855 por Bumen e Matt Hiessen por eletrólise do cloreto de lítio fundido e introduzido como substância terapêutica por Garrod em 1863. Nos anos de 1920 o lítio era ministrado como antiepiléptico e tonificante geral. O Brometo de Lítio era administrado como hipnótico. Em 1949 Cade atesta a eficiência do lítio para o tratamento das desordens maníacas. Apesar de amplamente difundido na Europa, seu uso só passou a ser liberado para comercialização nos Estados Unidos na década de 1970 (indicado para a fase maníaca das psicoses maníaco-depressivas, atualmente designadas como transtorno bipolar). É perigoso e pode ser letal se não for usado na dose correta: o efeito terapêutico e tóxico é muito próximo. Atua por meio de mecanismos neuroquímicos que envolvem interações iônicas, efeitos na expressão de gens e efeitos nos neurotransmissores. O lítio portanto, teria um efeito iônico e na fase depressiva, diminuiria a recaptação da serotonina. No entanto, após alguns pacientes cardíacos falecerem por terem-no utilizado como sal de cozinha seu uso foi, aos poucos, perdendo a credibilidade. (Sobre intervenções terapêuticas à base de brometos no Brasil do século XIX, ver o artigo de: BUENO, Romildo. Intervenções terapêuticas empregadas nos primórdios da psiquiatria brasileira – II. **Psychiatry on line**. Vol. 20, N. 8, março de 2015. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano10/far0810.php>. Acesso em: 27/04/15).

²⁷² Os barbitúricos são substâncias que atuam no organismo como anticonvulsivantes, hipnóticas e com alto poder de sedação. Foram descobertos nos primeiros anos do século XX e amplamente empregados como hipnóticos até meados da década de 1960 quando se difundiu o uso dos benzodiazepínicos (também chamados de tranquilizantes leves) permanecendo atualmente o seu uso como anticonvulsivantes e, em alguns casos, anestésicos.

Medisedan, Neurinase (à base de barbitúricos), Bromocebril, Bromoneurin, Bromural (à base de brometos).



(Fonte: Acervo da Farmácia Internacional, Antonina, Paraná. Foto tirada em setembro de 2014)

Analisemos ainda uma última mensagem publicitária anunciando um medicamento a base de brometos. Trata-se de anúncio publicado na Revista “O Hospital” e datado de 1944.



(Fonte: O HOSPITAL. [S.L], vol. 26, n. 3, setembro de 1944. p. 257)

Trata-se de uma ilustração, feita em preto e branco e que traz em primeiro plano a representação de uma mulher jovem, branca, aparentemente loira, de boa condição financeira, sentada, confortavelmente, sobre o que parece ser um tipo de assento de praia e debaixo da sombra de uma árvore na qual repousam, em um dos galhos, dois pássaros. Ao fundo, a representação de uma praia com um mar tranquilo sobre o qual desliza um veleiro.

A mulher representada traz um chapéu em uma das mãos e seu semblante revela um estado de ânimo relaxado, têm os olhos semicerrados e os lábios entreabertos, esboçando um leve sorriso.

Se num primeiro momento considerássemos apenas a imagem visual presente neste anúncio e ignorássemos as palavras e frases que o acompanham, a que significado diríamos que essa imagem remete? Qual o tema, o assunto e o contexto por ela evocado? Quais os elementos figurativos que compõem essa imagem e como eles estão dispostos? A escolha e o arranjo desses elementos nessa ilustração ajudam a passar uma determinada mensagem? Qual?

Podemos afirmar que em nossa cultura e no contexto em que foi criada, essa imagem manifesta, por meio dos elementos figurativos que a compõe – mar tranquilo, sombra de uma árvore, pássaros cantando e uma pessoa reclinada, sobre um assento confortável, contemplando calma e serena todo esse estado de coisas - a sensação de tranquilidade, de serenidade, de repouso, de humor em equilíbrio, estável. Estados afetivos e emocionais complexos que, no entanto, conseguimos perceber com certa facilidade em virtude dos significados que os elementos que compõem a imagem têm em nossa cultura.

Tratando-se de uma imagem que ilustra mensagem publicitária, poderíamos levantar várias hipóteses sobre o produto que ela ajuda a vender: uma casa de praia? O gozo de merecidas férias em um balneário agradável? Assentos confortáveis? Chapéus, vestidos ou até mesmo, um estilo de vida?

No entanto, em letras pretas e garrafais, logo abaixo da imagem, temos o produto anunciado: **Belacodid**. O anúncio informa não apenas do que se trata o produto: um sedativo atóxico e não hipnótico; como também sua fórmula química: fosfobrometilato de codeína. Quase no rodapé, a informação sobre o laboratório que produz o medicamento: Clímax.

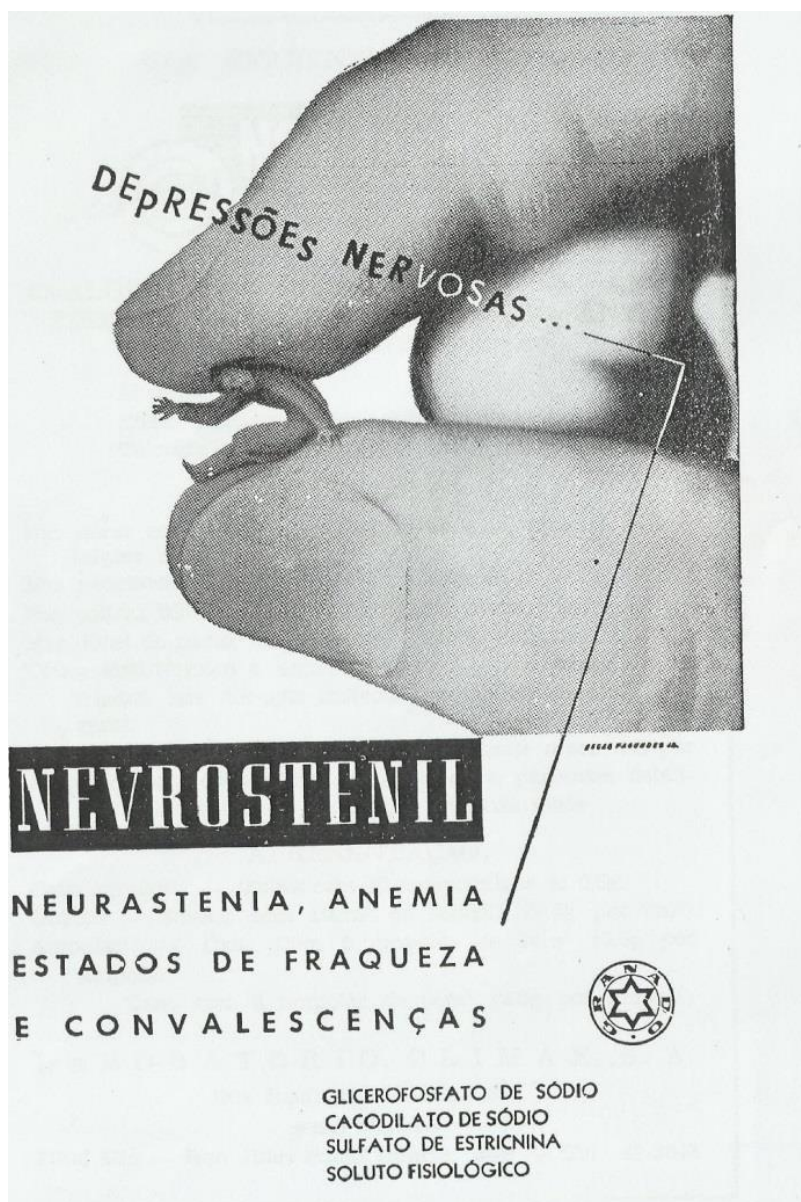
O que essa imagem tem em comum com a primeira imagem anteriormente analisada, datada de 1945 e a segunda, de 1950? Basicamente duas coisas: todas anunciam um medicamento com efeitos sedativos (um calmante) e têm como personagem central desse anúncio uma mulher, sugerindo que mulheres na faixa dos 25-35 anos, brancas e de uma situação financeira não tão ruim possam ser as maiores vítimas de estados de ânimo que exigem a administração de um neurosedativo.

As imagens, no entanto, praticamente contemporâneas chamam a atenção para a necessidade da administração de sedativos de uma forma diferente: a imagem de 1945 representa o semblante de uma mulher perturbada, tensa, agressiva, raivosa, descontrolada emocionalmente, causando até certo desconforto ao expectador. Busca-se criar a necessidade de um medicamento sedativo, um calmante, simulando o que pode acontecer em um estado de descontrole e excitação nervosa não tratada adequadamente (com medicamentos, de preferência). Na segunda imagem e terceira imagens temos uma estratégia inversa: a representação de uma pessoa calma, tranquila e relaxada, porém desperta e consciente (pois o medicamento é anunciado como atóxico e não hipnótico), simulando o que pode acontecer após a administração de um calmante: o medicamento em questão é vendido como algo que pode evitar um descontrole nervoso e emocional sem desligar a pessoa em relação ao meio.

O produto que a imagem ajuda a anunciar, na fonte de 1944, é o fosfobrometilato de codeína, um sedativo atualmente em desuso. A codeína, um alcalóide do grupo dos opióides, tem uma ação que inibe a dor devido a sua conversão em morfina no organismo do doente. Sua apresentação sob a forma de fosfobrometilato em ampolas poderia atuar no organismo como um sedativo potente e um relaxante muscular, ocasionando, ao contrário do que afirma o anúncio, efeitos tóxicos no organismo, em virtude dos altos níveis de morfina...

1.3 HORMÔNIOS, VITAMINAS E ESTIMULANTES PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Em relação à depressão, muitas vezes associada à distenia, esgotamento, anemia, stress e involução senil, as opções medicamentosas eram compostos à base de vitaminas do complexo B, sulfato de estricnina, dinitrila succínica e hormônios tais como sulfato sódico de dehidroepiandrosterona, metiltestosterona e proloid, conforme era anunciado em mensagens publicitárias do final da década de 1950 e início da década de 1960. Primeiro, propaganda de Nevrostenil, do laboratório Granado.



(Fonte: A FOLHA MÉDICA. Rio de Janeiro: Editora Cidade Científica, Vol 44, n. 3, março de 1962, p.210)

Nas mensagens publicitárias de medicamentos direcionados ao tratamento da depressão, algumas características comuns chamaram nossa atenção. Inicialmente, o fato de que, diferentemente daquelas que anunciavam sedativos à base de brometos e barbitúricos, nestas os personagens focados são homens, de classe média, de meia idade ou de idade mais avançada. É o caso do próximo documento publicado na revista “A Folha Médica” de março de 1962.

Notemos a sofisticação dessa imagem, que mistura duas técnicas diferentes: foto e desenho para criar a sensação de um homem pequenino, esmagado por dedos gigantesco. Os dedos que o comprimem formam um ângulo que vai se agudizando à medida que o achatam. Na parte superior deste ângulo, a expressão “depressões nervosas”.

O que podemos inferir dessa representação? A ideia de depressão é aqui representada como algo que comprime, que pressiona o indivíduo, fazendo-o sentir-se pequeno, sem forças, diminuto. É interessante ainda notar que a legenda que acompanha o nome do medicamento e indica seu uso, não menciona depressão, mas neurastenia, convalescenças, estados de fraqueza e anemia, dando a entender a depressão não em seu estado psíquico, mas sobretudo físico. Lembremos da concepção de depressão em Roxo como “anemia das células nervosas”...

A seguir, uma segunda mensagem publicitária, presente na revista “O Hospital”, agosto de 1959, anunciando Dinistenile.

O medicamento era comercializado sob a forma de ampolas por Pravaz-Recordati Laboratórios S.A. Tratava-se de um composto químico à base de sulfato sódico de Deidroandrosterona²⁷³ e Dinitrila Succínica²⁷⁴ acrescentado de vitamina B12.

Na mensagem publicitária, vemos a representação de um homem de meia idade, na faixa de seus cinquenta anos, prostrado, com semblante desanimado, levando uma das mãos às costas em sinal de cansaço, convalescença e dores. Junto ao seu corpo o desenho de uma pena vergada, e a legenda: “Verga-se por um nada”. A resistência do personagem é comparada a de uma pena, algo frágil, que por qualquer movimento, verga-se, inclina-se, deixando-se abater.

²⁷³ Sulfato de sódio mais hormônio esteroide.

²⁷⁴ Composto à base de ácido succínico, usado como estimulante do sistema nervoso, que aumenta a atividade da respiração celular e fortalece o sistema imunológico – purificando o sangue, além de atuar como relaxante muscular.



NOVIDADE

aquêles que têm uma intensa vida de estudos e de trabalhos; aquêles que sofreram graves traumatismos cirúrgicos ou infecciosos; aquêles que se preocupam com as próprias sensações internas; aquêles que não estão bem protegidos contra as preocupações. Todos êles podem recuperar suas próprias energias e o próprio equilíbrio, recorrendo ao

Dinistenile

Sulfato Sódico de Deidroandrosterona + Dinitrile Succinate

1 a 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou subcutânea até 3 ampolas ao dia.

Agora, também com

B12

- ESGOTAMENTO
- STRESS
- DEPRESSÕES
- NEUROPSICASTENIA
- CENESTOPATIA
- HIPOEVOLUTISMO
- INADAPTAÇÃO SOCIAL
- ESQUIZOIDISMO
- INVOLUÇÃO SENIL



PRAVAZ-RECORDATI
LABORATÓRIOS S. A.

Rua Michigan, 629 — São Paulo



(Fonte: O HOSPITAL. Rio de Janeiro, [s.e.], Vol. 56, n. 2, agosto de 1959, p. 233).

Na margem direita do anúncio, a informação científica dos diagnósticos para os quais o medicamento é indicado: depressões, neuropsicastenia²⁷⁵ cenestopatia²⁷⁶, hipoevolutismo²⁷⁷, inadaptção social, esquizoidismo²⁷⁸ e involução

²⁷⁵ Esgotamento nervoso acompanhado de fadiga mental, tensão psicológica, tristeza, distúrbios gastrointestinais e fraqueza física.

²⁷⁶ Sensação generalizada de estar doente.

senil²⁷⁹. Como as informações científicas, dispostas na margem direita do anúncio podiam não ser compreendidas com facilidade por médicos não especialistas (como clínicos gerais, por exemplo) na margem esquerda há uma descrição pormenorizada e em linguagem mais coloquial e acessível sobre as indicações terapêuticas do medicamento:

Aquêles que têm uma intensa vida de estudos e de trabalho; aquêles que sofreram graves traumatismos cirúrgicos ou infecciosos; aquêles que se preocupam com as próprias sensações internas; aquêles que não estão bem protegidos contra as preocupações. Todos eles podem recuperar suas próprias energias e o próprio equilíbrio, recorrendo ao Distenile.²⁸⁰

Ou seja: o medicamento é anunciado como algo que pode resolver questões relacionadas ao esgotamento físico e mental de pessoas (homens, principalmente) envolvidas com trabalhos e estudos, ou que se preocupam em demasia com sua vida e dessa forma, sofrem os efeitos dessa preocupação tanto em seu aspecto físico quanto psíquico. É anunciado também, ainda que de forma subliminar, como um revigorante à base de hormônios e vitaminas capaz de atenuar os sinais e consequências da velhice e estimular a atividade psíquica, física e sexual.

É possível intuir, a partir de documentos como esse, que esses medicamentos mais antigos não se direcionavam exatamente para a depressão enquanto um transtorno de humor, um transtorno afetivo caracterizado por um humor baixo, triste e pelo desejo de morte. Em que pese o fato de essa ser também uma característica presente nas mensagens que vendem esse tipo de medicamento, a depressão, de um modo geral, não era considerada apenas uma distímia, algo psíquico, mas também algo físico, relacionado à fraqueza, abatimento, ausência de energia, dores generalizadas e aparentemente sem uma localização exata e sem um correspondente físico. Uma anemia psíquica. Parecia afetar mais aos homens e estar relacionada à velhice. Esses medicamentos não podem ser considerados, ainda, antidepressivos, mas algo como tonificantes, estimulantes, à base de hormônios e vitaminas.

²⁷⁷ Baixo peso e/ou estatura, estar abaixo do peso e/ou estatura considerados normais para determinada faixa etária e sexo.

²⁷⁸ Indivíduos distanciados das relações sociais, isolados socialmente, emocionalmente distantes.

²⁷⁹ Reversão do processo de desenvolvimento biológico que sucede à maturidade, ou seja, velhice.

²⁸⁰ O HOSPITAL. Rio de Janeiro, Vol. 56, n. 2, agosto de 1959, p.233.

Então, acreditamos que tínhamos aí dois significados diferentes para o conceito de depressão. Em um deles, era sinônimo de abatimento, esgotamento físico e mental, desânimo, isolamento social, tristeza sem causa aparente e duradoura, astenia, apatia, fraqueza; noutro, um transtorno de humor em que a essas características eram acrescidas o sentimento de desinteresse generalizado pela vida e o desejo de morte por vezes seguido de tentativas de suicídio. Este segundo caso eram as depressões maiores, para as quais esses medicamentos já não resolviam e para as quais eram indicadas sessões de eletroconvulsoterapia. Podemos, dessa forma, concluir, que até meados da década de 1950, antes da disseminação dos modernos antidepressivos, havia duas saídas para a depressão: os compostos revigorantes (para os casos mais brandos) e o eletrochoque, para os casos mais severos.

1.4 A ELETROCONVULSOTERAPIA: UMA FORMA “MODERNA” DE TRATAMENTO

Belfort Roxo não menciona para o caso específico do tratamento da depressão, a eletroconvulsoterapia (preferia o choque por cardiazol) mas este era o tratamento “moderno” considerado mais eficaz pelo psiquiatra cubano E. Mira Y Lopez, no manual “Psiquiatria Básica” traduzido para o português em 1949. Lopez, ao se referir à terapêutica dos deprimidos, desaconselha a medicação excessiva de hipnóticos (já que a insônia é um dos sintomas mais presentes) e indica, juntamente com o repouso e a “limpeza orgânica” (como fase prévia do tratamento) o eletrochoque como “recurso moderno” preferencial:

... urge a denominada “limpeza orgânica [grifos no original] como fase prévia dos tratamentos dos síndromas depressivo-melancólicos. Convém também proporcionar ao deprimido, um acompanhante que seja discreto, neutro e amável: um enfermeiro do sexo oposto deve estar com êle dia e noite. Podem ser úteis visitas breves e alguma intervenção psicoterápica despida de muitas explicações. A alimentação será simples, porém rica em vitaminas, leite gelado, suco de frutas etc. assegurar o repouso noturno sem recorrer a doses excessivas de medicação hipnótica é outra finalidade primordial, já que a insônia figura entre os sintomas mais rebeldes. O recurso moderno preferido é o eletrochoque.²⁸¹

Tanto o choque por cardiazol quando o choque elétrico constituíam, na época (década de 1940) as etapas mais recentes na longa história da convulsoterapia, que

²⁸¹ LOPEZ, E. Mira Y. **Psiquiatria básica**. Tradução de Joubert T. Barbosa. Rio de Janeiro: Guanabara, 1949. P.251.

remonta ao final do século XVIII, quando Roess atestou que pacientes que sofriam de algum transtorno mental apresentavam melhora após serem inoculados com vacina contra a varíola. Desde então, médicos favoráveis a uma explicação biológica para os chamados *males da mente*, cogitavam sobre a incompatibilidade entre esse tipo de doença e as convulsões. No entanto, foi somente nas primeiras décadas do século XX, entre 1917 e 1935, que métodos para a indução de choque fisiológico começaram a ser desenvolvidos.²⁸²

Primeiramente, Wagner-Jauregg ganhador do prêmio Nobel em 1927, utilizou febre induzida por malária para tratar *paresia* de origem neurosifilítica. Depois, em 1927, vieram as experiências com os comas e convulsões induzidos por insulina conduzidas pelo médico polonês Manfred Sakel para tratar esquizofrênicos. Em Budapeste, o neurologista Von Meduna, em 1934, utilizou metrazol para provocar convulsões em pacientes portadores de psicoses afetivas e esquizofrenia. Finalmente, em 1937, os italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini desenvolveram a técnica da convulsoterapia elétrica (Eletroconvulsoterapia) para tratar, sobretudo, pacientes esquizofrênicos.

Inicialmente, esse tipo de terapia estava voltado mais ao tratamento das chamadas psicoses, em especial, vinculadas a quadros clínicos de Esquizofrenia, e constituíam campo de interesse, sobretudo, dos adeptos de uma interpretação biológica das doenças mentais. A própria técnica convulsoterápica era chamada de terapia biológica pelos estudiosos do tema. A estes se opunham profissionais influenciados pelas ideias de Sigmund Freud e adeptos de uma interpretação psicológica, sobretudo, das neuroses. No entanto, tanto nos Estados Unidos e Europa, como no Brasil, antes e depois do advento dos psicofármacos, até os dias atuais, há relatos do uso de ECT também para tratar de casos de *Depressão Maior*, com ou sem sintomas psicóticos.

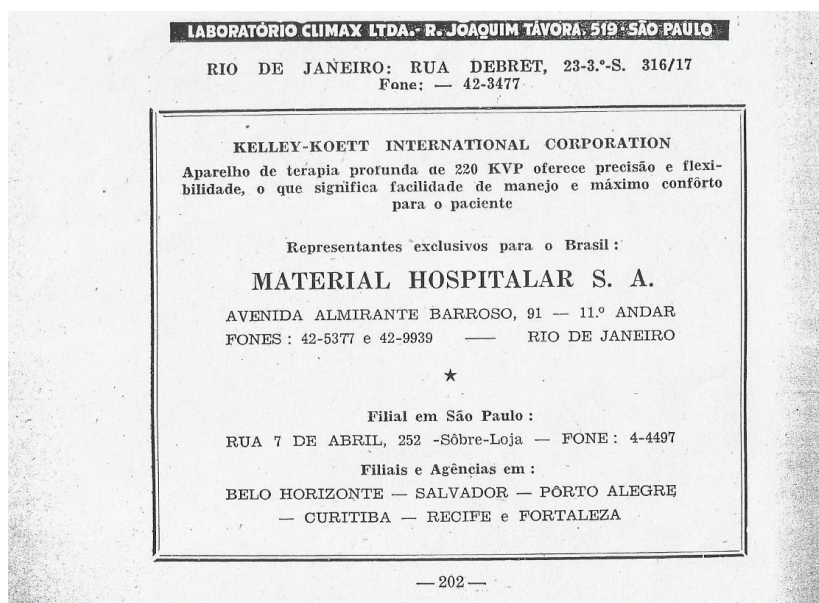
No Brasil, localizamos teses de Doutorado e artigos científicos sobre o uso de convulsoterapia a partir do ano de 1940, sendo alguns dos mais antigos dois artigos publicados na Revista de “Neurobiologia de Pernambuco”. Ambos versam sobre convulsoterapia induzida por processos químicos: o primeiro, da autoria de João Marques de Sá e intitulado “Considerações sobre a Convulsoterapia na Assistência

²⁸² STONE, Michael H. **A cura da mente**. A história da psiquiatria da antiguidade até o presente. Tradução de: Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 1999.

a Psicopatas de Pernambuco”, publicado em 1940²⁸³, e o segundo, de Renê Ribeiro, publicado na mesma revista em 1941 e intitulado Ensaio da Associação Picrotoxina-Pentametenotetrazol na Convulsoterapia²⁸⁴.

Entre os primeiros estudos clínicos sobre o emprego da convulsoterapia destacamos os artigos publicados em 1943 nos “Anais do Instituto de Psiquiatria” e que trazem o cotejo entre a eletroconvulsoterapia e a convulsoterapia química, provocada por Cardiazol²⁸⁵. Naquele mesmo ano, um estudo chamou a atenção: o artigo de Paulo Pinto Pupo: *Acidentes encefálicos da convulsoterapia*, dos “Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo”²⁸⁶.

Esses artigos versam, sobretudo, sobre o emprego da convulsoterapia em pacientes internados em instituições asilares. O número de textos relacionados ao tema cresce na segunda metade da década de 1940 e no ano de 1950 já é possível encontrar anúncios de aparelhos de terapia profunda a 220 KVP destinados ao tratamento com ECT, como mostra a imagem a seguir. No entanto, descobertas realizadas na década seguinte viriam a modificar radicalmente esse quadro: o desenvolvimento de drogas psicoativas, a partir de 1951/1952.



(Fonte: O HOSPITAL. . [S.L], v. 37, N. 3, Março de 1950, p. 202).

²⁸³ SÁ, João Marques de. Considerações sobre a convulsoterapia na Assistência a Psicopatas de Pernambuco. **Revista de Neurobiologia**, Recife, Vol. 4, N. 4, 1940.

²⁸⁴ RIBEIRO, Renê. Ensaio da Associação Picrotoxina-Pentametenotetrazol na Convulsoterapia. **Revista de Neurobiologia**, Recife, Vol. 4, n.4 1941.

²⁸⁵ SOUZA, Flávio de. Cotejo entre os resultados clínicos observados com a Convulsoterapia elétrica e a provocada pelo Cardiazol. **Anais do Instituto de Psiquiatria**, 1943.

²⁸⁶ PUPO, Paulo Pinto. Acidentes encefálicos da convulsoterapia. **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1943.

2 A CONCEPÇÃO PSICOFISIOLÓGICA DAS AFECÇÕES MENTAIS

As diferentes formas de convulsoterapia – elétrica e química – constituíam, ao lado da administração de brometos, barbitúricos, estimulantes, hormônios e vitaminas as formas usuais de intervenção médica sobre episódios depressivos e maníacos da chamada Psicose Maníaco-Depressiva entre as décadas de 1930 e o início de 1950. A psicoterapia também era empregada, no entanto, em uma parcela pouco significativa de pacientes, sobretudo, entre aqueles que tinham condições de pagar por sessões terapêuticas.

No Brasil, por influência dos estudos de psiquiatras como Belfort Roxo, a explicação e o tratamento biológico para as afecções da mente prevaleciam em relação ao tratamento psicoterápico. Essa tendência adquire uma nova tonalidade em fins da década de 1940, na França, com estudos que visam reafirmar a origem biológica dessas afecções mediante a defesa da unidade psicofisiológica dos fenômenos psíquicos. Entre os adeptos dessa teoria, destaca-se um jovem psiquiatra francês: Jean Delay²⁸⁷, considerado o grande nome no processo de desenvolvimento dos modernos psicofármacos em meados da década de 1950.

Citado psiquiatras brasileiros em artigos produzidos nas décadas de 1950 e 1960 sobre o tema da origem biológico-química das afecções mentais, Delay publicou em 1945 o livro “A psicofisiologia humana” em que realiza uma síntese original dos principais pressupostos da psiquiatria biológica tornando-se, segundo aqui defendemos, uma referência teórica obrigatória para toda uma geração. Foi também o autor das primeiras classificações das drogas psicofarmacológicas, no final da década de 1950, e seus parâmetros de classificação foram amplamente citados por psiquiatras brasileiros da década de 1960.²⁸⁸

²⁸⁷ Jean Delay (1907-1987) foi um psiquiatra, neurologista e pesquisador francês. Atuou juntamente com seu pupilo Pierre Deniker (1917-1998) no hospital psiquiátrico de Saint Anne, em Paris, no qual desenvolveram pesquisas e experimentos que resultaram no desenvolvimento do primeiro neuroléptico: a clorpromazina, em 1952. Delay atuou também como professor na Sorbonne e publicou várias obras relacionadas ao caráter fisiológico dos fenômenos psíquicos bem como sobre seus estudos envolvendo psicofarmacologia, área da qual é um dos precursores. Elaborou, juntamente com Pierre Deniker, uma classificação das substâncias psicotrópicas publicada em 1957, sendo o seu trabalho apresentado no III Congresso Mundial de Psiquiatria, realizado em Zurich, em 1961. Dentre suas obras, destacam-se: *La Psychophysiologie Humaine*, *Les dissolutions de la memoire*, *Les maladies de la memoire* e *Les dérèglements de l'hummeur*. Foi um dos precursores no estudo, pesquisa e terapêutica com drogas psicoativas e uma das principais referências citadas pelos psiquiatras brasileiros (notadamente José Caruso Madalena) ao longo das décadas de 1960 e 1970.

²⁸⁸ Entre os psiquiatras brasileiros que citam os estudos e as classificações desenvolvidas por Jean Delay em seus artigos, ao longo das décadas de 1960 e 1970, identificamos: José Caruso

Mediante a análise dessa obra, selecionamos alguns temas abordados pelo autor que nos pareceram de maior relevância na construção de seus argumentos. Esses temas aparecerão também nos artigos de psiquiatras brasileiros escritos dez, vinte anos depois da primeira edição do livro de Delay, o que nos leva a supor que a obra tenha repercutido de forma positiva entre nossos autores constituindo-se uma referência em relação à abordagem científica dos fenômenos psíquicos.

2.1 A VISÃO DE CIÊNCIA

Dentre as primeiras obras de Delay, destaca-se seu estudo sobre a Psicofisiologia Humana, na qual deixa clara sua concepção de ciência e o papel que concebia aos processos orgânicos no desenvolvimento dos fenômenos psíquicos. Delay define o objeto da psicofisiologia humana como o estudo objetivo das relações entre o corpo (soma) e a alma (psique). Considerava o precursor desta ciência o francês Pierre Jean George Cabanis (1757-1808), discípulo da grande enciclopédia.²⁸⁹ Isso porque, segundo Delay, para Cabanis o cérebro seria o órgão responsável pela digestão das impressões, fazendo, dessa forma, a secreção do pensamento.

Afirma que, apesar das críticas que tentaram desmerecer a psicofisiologia, acusando-a de reduzir a psicologia à fisiologia, Delay é categórico ao dizer que a mesma é uma ciência e não uma filosofia e que qualquer crítica que não reconheça esse fato estará equivocada. Concebe a ciência como o processo que caminha dos fenômenos analisados empiricamente a leis gerais. E como isso se aplicaria à Psicofisiologia? Compreendendo a Psicofisiologia como ciência que defende a unidade entre o corpo e a mente e que os fenômenos psíquicos dependem dos somáticos. Chega a afirmar que: "... não há nenhum problema de psicologia que não possa ser estudado sob a perspectiva da investigação psico-fisiológica e que não seja de qualquer forma acessível aos seus métodos".²⁹⁰ Defendia ainda que a psicofisiologia, enquanto ciência, devia ser comparada e experimental.

Madalena, Jorge Paprocki, Sérgio Traldi, Fábio de Souza, Luiz M. Lessa, José Alves Garcia, entre outros.

²⁸⁹ DELAY, Jean. **A psicofisiologia humana**. Tradução de Maria Manuela de Mendonça. Coimbra: Almedina, 1973. P. 7.

²⁹⁰ Ibid., p.9.

2.2 A QUANTIFICAÇÃO DOS FENÔMENOS PSÍQUICOS

Segundo o autor, seria possível analisar os fenômenos psíquicos em laboratórios de psicologia realizando, por exemplo, testes psicossomáticos – que permitiam mensurar a duração dos fenômenos psíquicos (psicocronometria)²⁹¹ e cita autores como Cattell, Exner, Helmholtz e Wundt mencionando como contribuíram de formas diferentes para o aprimoramento de testes psíquicos que, na prática, eram experiências psicológicas que permitiam a aplicação numérica de medida de um processo psíquico e o estabelecimento de uma escala. Uma quantificação dos fenômenos psíquicos, portanto, na tentativa de mensurá-los. Essa parecia ser uma tendência nas pesquisas psiquiátricas na Europa (especialmente França e Inglaterra) nas décadas de 1940 , 1950 e 1960, vide como exemplo as escalas criadas por Max Hamilton para “medir” os diferentes graus de depressão e ansiedade em 1960.

Técnicas bioquímicas e biofísicas, escalas, testes e cronometria são desenvolvidos para analisar e quantificar os fenômenos psíquicos em laboratório e, assim, afirmar a psicofisiologia enquanto ciência.

2.3 O DIENCÉFALO: O LADO PRIMITIVO DO CÉREBRO

Dentre os fenômenos psíquicos analisados por esses estudiosos, Delay cita o fenômeno da emoção. Segundo o autor, a emoção tem um aspecto fisiológico e um aspecto psicológico, mas ambos estão interligados em um único fenômeno.

Para Delay, a emoção é um afeto variável conforme diferentes qualidades – medo, tristeza, alegria, etc. Cada uma dessas qualidades é acompanhada do que ele chama de perturbações intelectuais. As mesmas seriam responsáveis por dissolver as sínteses mentais que asseguram a nossa adaptação ao real. Constituem uma espécie de dissolução da consciência desde sua obnubilação, passando pelos estados crepusculares até a perda do conhecimento, isso do ponto de vista psicológico. Do ponto de vista fisiológico cada afeto é acompanhado por

²⁹¹ Ibid., p. 11.

mímicas, expressões cutâneas, viscerais e polimorfas características vinculadas ao sistema neurovegetativo.²⁹²

Observações em laboratório por meio de técnicas biofísicas e bioquímicas permitiram ao autor verificar a relação entre um fenômeno psicológico e seu correspondente fisiológico. A doença, segundo Delay, “... não cria nada, destrói e liberta.”²⁹³ Este seria o caso das doenças mentais. Citando H. Jackson, menciona como as dissoluções da consciência libertam instâncias quase sempre inibidas por instâncias superiores, revelando-as. E esse processo ocorre no diencefalo: a base do cérebro é onde se formam as emoções, afirma Delay tendo papel preponderante na regulação do sistema neurovegetativo: “Parece, pois, actualmente um ponto assente que todas as reacções fisiológicas da emoção dependem essencialmente dos centros da base do cérebro e especialmente da região hipotalâmica.”²⁹⁴

Busca reafirmar, dessa forma, que os afetos têm sua origem no cérebro, mais especificamente, no diencefalo. Citando Cannon, atesta que a emoção é o resultado de uma interação do córtex sobre o tálamo e também sobre o hipotálamo. Ou seja, a emoção seria uma espécie de “... inibição intelectual que liberta a explosão afectiva.”²⁹⁵ Se considerarmos a evolução da espécie humana, continua Delay, à medida que o córtex for se desenvolvendo, essa função – a emoção – em suas formas mais grosseiras, irá desaparecer. A representação, considerada uma função superior do cérebro, inibirá e limitará cada vez mais os afetos.²⁹⁶

O que podemos concluir sobre essas afirmações? Que para Delay as emoções estariam relacionadas à parte mais primitiva do nosso cérebro, enquanto o entendimento estaria relacionado ao córtex – parte mais desenvolvida – ao que efetivamente nos diferencia dos demais seres vivos. Disso decorre a seguinte síntese:

1. Delay compreende as emoções (afetos) como decorrentes de processos puramente biológicos e químicos processados em uma região primitiva do cérebro.

²⁹² Ibid., p. 13.

²⁹³ Ibid, p. 17.

²⁹⁴ Ibid., p. 25.

²⁹⁵ Ibid., p. 26.

²⁹⁶ Id.

2. Esses fenômenos – psíquicos – não estão dissociados de fenômenos somáticos, podendo, portanto, serem estudados empiricamente em laboratórios e quantificados. Esse é o objeto de uma nova ciência: a psicofisiologia.
3. À medida que o córtex cerebral for cada vez mais se desenvolvendo o homem não mais será afetado por suas emoções.

Na sequência de sua argumentação, Delay reconhece que a emoção é presente em todos os seres humanos, mas a emotividade afeta particularmente apenas alguns indivíduos. A vulnerabilidades destes aos seus afetos os torna “inaptos” à dinâmica social:

Se a emoção é comum a todos os homens, a emotividade caracterizada é, com efeito, característica apenas de alguns, definindo a sua maneira de ser. Afectados continuamente de forma anormalmente intensa e prolongada pelos acontecimentos que envolvem, por pouco que seja, a sua vida afectiva, a sua fragilidade e vulnerabilidade, a facilidade com que sucumbem, torna-os incapazes para a luta social, enquanto que num plano de uma hierarquia estética de valores, podem mesmo possuir uma certa superioridade graças à sua estesia.²⁹⁷

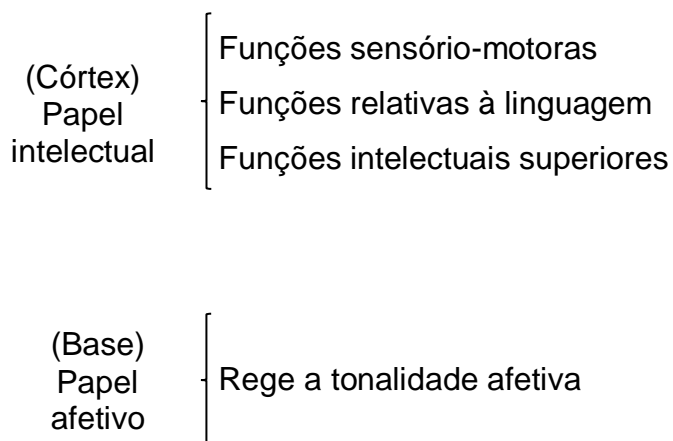
Ou seja, ser afetado pelas emoções mais do que a maioria dos indivíduos constitui uma espécie de anormalidade biológica na espécie humana, cujo processo evolutivo tende a desenvolver cada vez mais o aspecto racional e subjugar o aspecto efetivo. Os indivíduos caracterizados por essa maneira de ser, afetados “anormalmente” por suas emoções, ainda que possam, numa concepção hierárquica de valores serem considerados mais éticos que os demais, são incapazes, inaptos à dinâmica social. É como se constituíssem uma espécie de atraso biológico, um contraste com os avanços do córtex cerebral e o desenvolvimento técnico-científico alcançado pela humanidade. É preciso que o cérebro se adapte ao contexto tecnológico por ele criado no sentido de ser menos afetado pelas emoções...

Qual a origem da emotividade? Segundo Delay muitas vezes é hereditária mas pode também ser adquirida de fatores psíquicos (um choque emocional) ou físicos (lesões cerebrais e endócrinas).

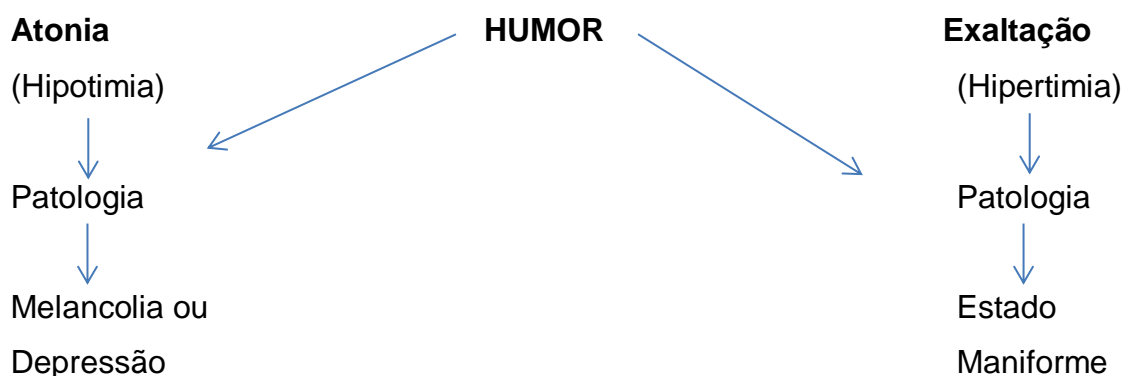
Comparando o sistema nervoso a uma máquina bioelétrica, podemos sintetizar a compreensão de Delay sobre o papel do córtex da seguinte forma²⁹⁸:

²⁹⁷ Ibid., p. 27.

²⁹⁸ Ibid., p. 30-31.



Ou seja: todas as sensações e emoções teriam um componente afetivo e um representativo. Este dependeria do córtex, aquele, do tálamo. O diencefalo regularia, por exemplo, as oscilações de humor bem como a oscilação da consciência. Logo, manifestações extremas (tidas como anormais) de humor baixo (melancolia ou depressão) e humor elevado (estado maniforme) seriam explicadas, segundo Delay, por lesões no diencefalo, conforme buscamos sintetizar a seguir:²⁹⁹



Citando os neurocirurgiões Foerster e Gagel Delay menciona que observações na mesa operatória, realizadas e estudadas pelos médicos alemães, desencadearam artificialmente tanto a depressão quanto o estado maniforme:

²⁹⁹ Ibid., p. 44.

Observações neurocirúrgicas duma importância crucial foram as realizadas por Forester e Gagel no decurso de intervenções sobre a base do cérebro; desencadearam subitamente sobre a mesa operatória, e por irritação do diencefalo, a euforia característica da mania, como o seu cortejo sintomático habitual de trocadilhos mais ou menos moriáticos, causticidade, erotismo, agitação, versatilidade expansiva, reflectindo a fuga de ideias.³⁰⁰

Os procedimentos são vistos com naturalidade e admiração por Delay: neurocirurgiões manipulando os afetos de seus pacientes em uma mesa operatória, realizando intervenções cerebrais e verificando seu correspondente tímico, visão que nos causa repugnância mas que se encontra perfeitamente ancorada no contexto dos experimentos da psiquiatria alemã durante a primeira guerra mundial³⁰¹

Delay, na esteira do pensamento reflexológico, amparado, sobretudo, nos estudos de Pavlov, define consciência como vigília: estar consciente, portanto, seria estar acordado. O sono seria uma inibição cortical de origem diencefálica e manifestaria o grau mais profundo de intenção à vida, enquanto todos os demais graus, entre o sono e a vigília, representariam diferentes graus e escalas da consciência. Em relação às afecções mentais, destaca que a baixa tensão psicológica é vizinha do sono assim como a alta tensão psicológica é vizinha da vigília extrema. O diencefalo seria a sede também da regulação dos diferentes estados de vigília e consciência, logo, tratamentos relacionados às distonias nesses estados afetariam o diencefalo.³⁰²

Ainda segundo Delay as funções psíquicas, com sede no diencefalo, teriam correlação com as funções endócrinas - em especial da hipófise: na base do cérebro, seria a glândula chefe, denominada por Delay de cérebro endócrino - sendo o funcionamento anormal das glândulas uma das principais causas das anomalias psíquicas. Vejamos alguns exemplos:

³⁰⁰ Ibid., p. 45.

³⁰¹ Robert E. Forster (1878-1933) psiquiatra e neurocirurgião alemão, foi médico do Corpo Médico Militar da Marinha Imperial e atuou como médico da marinha alemã durante a Primeira Guerra Mundial chegando à posição Médico Chefe no Departamento de Psiquiatria do Hospital de Guerra II da Marinha. As experiências mencionadas por Delay muito provavelmente relacionam-se à atuação de Forster como médico dos combatentes afetados por neuroses decorrentes da guerra. Entre eles, um em especial: Adolf Hitler, transferido para a enfermaria psiquiátrica IV do Hospital de Reserva da Prússia, Pasewalk, perto de Stettin em 10 de novembro de 1918, acometido de “cegueira histérica”. O cabo Adolf Hitler foi tratado por Forster e três dias depois considerado apto para o combate e enviado para a tropa reserva de Munique.

³⁰² Ibid., p. 46.

- A ablação da glândula tireoideia acarretaria a lentificação das atividades intelectuais (viscosidade mental, ideação lenta), especialmente nos jovens; enquanto a hiperfunção dessa mesma glândula viria acompanhada de insônia, intensa agitação mental, irritabilidade, hipermotividade até psicoses propriamente ditas.
- As glândulas suprarrenais atuariam como excitantes do sistema neurovegetativo enquanto as paratiroideias regulariam a excitabilidade nervosa.³⁰³

A teoria de que os processos psíquicos teriam sede no diencéfalo e que estariam relacionados ao sistema endócrino, era a mais aceita na década de 1940 também pelo psiquiatra Henrique Belfort Roxo, como vimos anteriormente

Alguns anos depois de publicar “A Psicofisiologia Humana” o próprio Jean Delay lideraria um grupo responsável pelo desenvolvimento de toda uma nova série de medicamentos psicoativos, dando início à moderna psicofarmacoterapia. Dentre esses medicamentos, os primeiros antidepressivos.

³⁰³ Ibid., p. 54 e 55.

3 O ADVENTO DA PSICOFARMACOTERAPIA

A história da moderna psicofarmacologia remonta ao final da década de 1940, com a descoberta das propriedades sedativas da reserpina purificada. No entanto, foi na década seguinte que ocorreram as sintetizações dos principais compostos químicos hoje conhecidos: os antipsicóticos, os antidepressivos e os ansiolíticos.

3.1 NEUROLÉPTICOS

O primeiro psicofármaco moderno a ser desenvolvido nesse período foi a clorpromazina, sintetizada na França em 1950 pelo químico Paul Charpentier, do laboratório Rhône-Poulenc, mas o primeiro ensaio clínico reconhecendo o medicamento como um antipsicótico é atribuído a Pierre Deniker e Jean Delay – psiquiatras do Hospital para Doentes Mentais Saint-Anne, em Paris - em 1952³⁰⁴. Os pesquisadores perceberam que a substância agia de modo a diminuir a excitabilidade de pacientes diagnosticados com mania e esquizofrenia. Passaram então a denominá-lo *neuroléptico*³⁰⁵ porque atuava de forma mais proeminente em determinadas áreas do sistema nervoso central,³⁰⁶ atuando principalmente na contenção de pacientes agitados, em estado de agitação maníaca ou psicoses agudas, conforme destaca Walmor Piccinini:

³⁰⁴ LESSA, Luiz M. Progressos da psicofarmacologia visão atual do ponto de vista clínico. **A folha médica**, Rio de Janeiro, V. 64, n. 1, fevereiro de 1972. p.471-489. p.473.

³⁰⁵ De acordo com Leopoldo Hugo Frota, o termo neuroléptico tem origem em vocábulos gregos e foi cunhado por Jean Delay: “O termo “neuroléptico” foi concebido em contraposição a “neuroplégico” (plegia = paralisia, ação curarizante) e guarda origem grega: “neuro” refere-se a nervo e “leptic” é sufixo derivado de “*leptoma*” que significa controle, captura, contenção. Originalmente cunhado por *Jean Delay*, a denominação foi aprovada pelos especialistas, em votação realizada durante o II Congresso Mundial de Psiquiatria em 1955, superando os concorrentes “tranquilizante”, defendida pelos norte-americanos, e “ataráxico”. A escolha seria confirmada na maior parte do mundo, com exceção dos Estados Unidos e parte anglófona do Canadá, onde seriam consagradas as denominações “tranquilizantes maiores” ou “antipsicóticos”, com ênfase na sedação inespecífica ou na sua principal indicação”. (FROTA, Leopoldo Hugo. **50 anos de medicamentos antipsicóticos em psiquiatria**. [S.L: s.n]. PDF. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/cursos/LH%20FROTA%20-%201%20Ed%20-%2050%20ANOS%20DE%20MEDICAMENTOS%20ANTIPSIOTICOS.pdf>. Acesso em: 15/01/2015).

³⁰⁶ Id.

A primeira referência do uso de clorpromazina na literatura médica surgiu num trabalho de Laborit e Huguenard em 13 de fevereiro de 1952 'Um novo estabilizador neurovegetativo, o 4560 R.P.', Não era uma indicação para tratamento de psicoses. Esse uso se deve a Deniker que, após conseguir amostras do 4.560 R.P. (Largactil) decidiu experimentá-lo em pacientes psicóticos. Preocupado com a possibilidade de acrescentar mais uma moléstia nos seus pacientes ele evitou o uso do coquetel que tinha derivado de morfina, resolveu empregar o novo produto isoladamente e em doses mais altas. (...) No início foi testado o Largactil com gelo, isto é, o paciente era envolto com gelo dentro da idéia de apressar a hibernação. Os transtornos com o uso do gelo eram muitos e logo foi abandonado por sugestão da enfermagem. A enfermagem passou a ficar surpreendentemente silenciosa, sem tumultos. Logo era foco de comentários e atenções. Os bons resultados iniciais entusiasmaram Delay que passou a encaminhar para a enfermagem de Deniker todos os psicóticos agitados. No período de maio a junho de 1952 Delay e Deniker apresentaram vários informes científicos que despertaram a atenção do valor de Largactil (clorpromazina) nos estados de agitação maníaca e nas psicoses agudas. Seu uso logo se espalhou pelos países europeus e os franceses conheceram a glória de lançaram uma Terceira Revolução Psiquiátrica.³⁰⁷

No final daquela década, estudos realizados em laboratórios franceses e norte-americanos demonstraram que derivados fenotiazínicos atuavam bloqueando a neurotransmissão de monoaminas³⁰⁸ como a serotonina e a dopamina no sistema nervoso central, diminuindo a sua excitabilidade e propiciando sedação sem desligamento com o meio. Seu uso para o tratamento de esquizofrenia começou a se difundir a partir de então.

O episódio marcou o início dos estudos sobre a psicofarmacologia no mundo e é considerada, pelos entusiastas, a terceira grande revolução na história do tratamento das doenças mentais, sendo a primeira a promovida por Pinel e a segunda o advento da Psicanálise, com Sigmund Freud.

A descoberta da clorpromazina como neuroléptico foi apenas um dos eventos que marcou a década de 1950, conhecida entre os estudiosos da psicobiologia como a "década de ouro" da psicofarmacologia. Recuando um pouco, Muñoz et al localiza as origens desse processo ainda em 1949, com o emprego da reserpina purificada como neuroléptico e a descoberta das propriedades do lítio no tratamento da mania. O ápice seria em 1960, com a sintetização do clordiazepóxido (um ansiolítico):

³⁰⁷ PICCININI, Walmor. História da Psiquiatria. Voando sobre a História da Psiquiatria III. **Psychiatr on line Brasil**. Vol. 5, N.9, Outubro de 2000. Disponível em: Acesso em: 12/01/2015.

³⁰⁸ Monoaminas são substâncias bioquímicas derivadas de aminoácidos e que atuam no corpo humano agindo como neurotransmissores.

En este sentido, la introducción de los psicofármacos constituye uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX, evento comparado por algunos autores al descubrimiento de los antibióticos y las vacunas. Aun que es un hecho evidente que, en estas primeras etapas de la psicofarmacología, el descubrimiento de la mayor parte de los fármacos psicotropos fue fruto de la más absoluta casualidad ("serendipity", en la terminología anglosajona), quizá aderezado con algún componente de observación clínica fortuita y acertada, no menos importante fueron los resultados finales de estos procesos de investigación. Baste destacar el descubrimiento de la acción antimaníaca de litio en 1949, la introducción clínica de la clorpromazina en 1952 y del meprobamato en 1954, el descubrimiento de la imipramina en 1955 y del uso psiquiátrico de la iproniazida en 1957 y la introducción, por último, del clordiazepóxido en 1960.³⁰⁹

3.2 IMAOS

A descoberta dos psicofármacos destinados à terapia da depressão e da ansiedade também teve início na década de 1950. Os primeiros foram os chamados IMAOS (Inibidores da Monoaminoxidase). Em 1952, Ernest Albert Zeller desenvolveu a descoberta da ação inibidora da MAO pela Isoniazida, assim como seu derivado isopropílico, a Iproniazida. Verificou-se que a substância produzia melhora no humor dos pacientes – tornava-os eufóricos, animados – sem que isso representasse uma melhora em seu estado físico.³¹⁰

O laboratório Roche confiou a pesquisa das propriedades da droga a vários pesquisadores, e em 1952, a "American Review of Tuberculosis" publicava os primeiros artigos sobre o uso da Isoniazida em pacientes deprimidos. Em 1957 o neuropsiquiatra norte-americano Nathan Kline propôs que a droga passasse a ser utilizada para o tratamento da depressão e o medicamento, sintetizado pelo laboratório Roche e patenteado sob o nome de Marsilid, começou a ser produzido em escala comercial.³¹¹

³⁰⁹ LÓPEZ-MUÑOZ, F. Alamo. La "década de oro" de La psicofarmacología (1950-1960): transcendência histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. **Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000** Conferencia 34-CI-C: Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_c.htm. Acesso em: 12 de outubro de 2013.

³¹⁰ QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo da. (Org.) **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. P. 25.

³¹¹ Id.

3.3 TRICÍCLICOS

Em 1957 o pesquisador Roland Kuhn, da Clínica Psiquiátrica de Munster Linger revelava ao mundo os resultados de seus estudos sobre as propriedades timolépticas da Imipramina (um protótipo imino-dibenzino tricíclico)³¹². Inicialmente testada como uma droga para o tratamento da esquizofrenia, Kuhn percebeu que a Imipramina agia de modo a bloquear o mecanismo de recaptação de alguns neurotransmissores: a serotonina, a norepinefrina e, em menor grau, da dopamina.

O aumento da quantidade dessas aminas no cérebro parecia estar relacionado à melhora de um quadro depressivo, por isso, a partir de então, os medicamentos tricíclicos começaram a ser testados e usados como estratégia farmacológica para o tratamento da depressão. Por apresentarem menos efeitos colaterais que os IMAOS, o estudo e a administração de tricíclicos rapidamente se difundiu nos Estados Unidos, Europa e também no Brasil. Dentre os primeiros medicamentos tricíclicos estudados e administrados, estão a Imipramina, a Amoxapina e a Amitriptalina.

Os experimentos realizados por Nathan Kline e a descoberta do caráter neurotransmissor da serotonina, em 1957, por Twarog e da Dopamina, no mesmo ano, por Carlsson, bem como a sintetização da Imipramina por Kuhn corroboraram na constituição do argumento de que os transtornos de humor tinham causas químicas.

Nascia assim a teoria de que tanto a depressão quanto a mania poderiam ser resultados de transtorno no metabolismo de determinadas aminas cerebrais. As propriedades bioquímicas da Iproniazida tenderiam a atuar junto a essas aminas, estabilizando o humor. Ou seja, depressão e mania seriam resultados de transtornos de humor de origem química, e poderiam, portanto, ser quimicamente tratados, conforme atestava o médico brasileiro Ivan de Souza:

³¹² Ibid., p. 474.

Ao nosso ver o que é mais importante na idéia de KLINE ao ensaiar a droga IPRONIAZIDA, é que as propriedades bioquímicas do psicofármaco levaram à teoria de que a depressão mental poderia ser resultado de um transtorno no metabolismo das aminas cerebrais. As experiências de KLINE levaram à síntese de novos fármacos com a mesma capacidade de inibir a MAO e que sejam menos tóxicos que a ISONIAZIDA³¹³.

Em 1957 foi realizado o Segundo Congresso Mundial de Psiquiatria na cidade de Zurich, Suíça.³¹⁴ Durante o evento, Jean Delay coordenou a sistematização da primeira classificação dos psicofármacos. Ainda em 1957, ocorreu o primeiro evento mundial específico sobre psicofármacos: o “Simpósio Internacional sobre Drogas Psicotrópicas” em Milão, Itália.

3.4 BENZODIAZEPÍNICOS

A década de 1950 seria marcada ainda pela descoberta de um terceiro grupo de psicofármacos: as benzodiazepínicas. Estas acabariam se tornando as drogas mais consumidas pela população estadunidense nas décadas de 1960 e 1970 e constam entre as mais estudadas e indicadas também pelos psiquiatras brasileiros entre as décadas de 1970 e 1980. Os nomes de muitas delas são conhecidos do público em geral: Diazepam (nome comercial *Valium*), Clordiazepóxido (nome comercial *Librium*), Midazolam (nome comercial *Dormonid*), Alprazolam (nome comercial *Frontal*) e a mais popular de todas: Clonazepam (nome comercial no Brasil *Rivotril*).

A sintetização dos primeiros compostos benzodiazepínicos teria ocorrido acidentalmente, em 1954, no laboratório da empresa farmacêutica Hoffmann- La Roche pelo químico de origem polonesa Leo Henryk Sternback quando este fazia experimentos para criar um corante químico. O composto criado recebeu o nome de Clordiazepóxido, e passou a ser testado oficialmente em 1957 quando puderam ser verificadas suas propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsionantes e de relaxante muscular. Já em 1960 o medicamento poderia ser adquirido nas farmácias estadunidenses com o nome de *Librium*.

³¹³ SOUZA, Ivan de. Op. cit., p. 444.

³¹⁴ O Primeiro Congresso Mundial de Psiquiatria tinha ocorrido em 1950 e fora sediado em Paris. O terceiro Congresso Mundial de Psiquiatria ocorreu em 1961, em Montreal, Canadá e teve como uma de suas características a criação da WAP - Word Association Psychiatry - (Associação Mundial de Psiquiatria). O professor Antônio Carlos Pacheco e Silva, da Escola Paulista de Medicina, representou o Brasil no evento.

3.5 DEPRESSÃO: UM TRANSTORNO DE HUMOR DE CAUSAS BIOQUÍMICAS

Concomitantemente ao desenvolvimento das chamadas drogas IMAOS, dos medicamentos tricíclicos e dos benzodiazepínicos – todos descobertos, como vimos, ao longo nos anos de 1950 – desenvolve-se uma nova ciência, a psicofarmacologia, e com ela, estrutura-se um discurso, que passou a estabelecer como principal causa dos transtornos de humor alterações químicas no cérebro. O excesso ou a falta de determinadas monoaminas (como a dopamina e serotonina) passou a ser considerada a principal causa de transtornos de humor (como a mania e a depressão). A síntese teórica dessa hipótese foi realizada pelo psiquiatra estadunidense Joseph Jacob Schildkraut (1934-2006) em seu livro “The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders”, publicado em 1965. Se os transtornos afetivos tinham correspondência com a dinâmica das monoaminas cerebrais, poderiam ser controlados com drogas que intervissem junto ao sistema nervoso central obstruindo recaptção de determinadas aminas ou atuando de modo a diminuir a quantidade de outras no cérebro. Afirmava-se, assim, a teoria monoaminérgica dos transtornos de humor ou afetivos:

Em 1953, a reserpina foi descrita farmacologicamente e descobriram que era capaz de induzir à Depressão, pois essa droga inibia a concentração neuronal dos neurotransmissores como a serotonina e a norepinefrina, conseqüentemente, foi deduzido que a etiologia do Transtorno Depressivo estava relacionada com a depleção das monoaminas, desenvolvendo assim a teoria monoaminérgica que foi proposta por Schildkraut em 1965.³¹⁵

Ao advento da psicofarmacologia relaciona-se, portanto, o desenvolvimento da teoria que concebe uma causa orgânica – química – para os chamados transtornos de humor, como a mania e a depressão. Consideramos esse processo como parte fundamental, embora não fundante, do fortalecimento de uma psiquiatria biológica em oposição a uma visão psicanalítica dos transtornos mentais.

A esse discurso, vinculado em revistas científicas especializadas e em congressos nacionais e internacionais, correspondem práticas psiquiátricas desenvolvidas em instituições – públicas ou privadas – que consistiram em testar em

³¹⁵ LIMA, Aluísio Ferreira de; et. al. O Diagnóstico De Depressão Nas Cinco Edições Do DSM: A Hipertrofia Da Dimensão Orgânica Em Detrimento Dos Aspectos Psicossociais. **Revista da Faculdade de Santo Agostinho**, Teresina, v. 12. N. 1, p. 182-199, jan./ fev., 2015. p. 184. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/741/420> . Acesso em: 20/01/2014.

indivíduos diagnosticados com depressão, mania, esquizofrenia ou o que na época era denominado psicose maníaco-depressiva (atualmente transtorno bipolar), toda uma nova gama de medicamentos, isolados ou combinados entre si ou com medicamentos mais tradicionais e já conhecidos – como os barbitúricos – ou ainda com práticas de convulsoterapia, elétrica ou química. Além de indivíduos já diagnosticados e que já vinham sendo tratados com outras terapias, passaram a ser passíveis de tratamento com psicofármacos possíveis, futuros doentes, como indivíduos que relatavam ansiedade, insônia, angústia, taquicardia, medo, tristeza, etc.

O objetivo parecia ser verificar os efeitos desses medicamentos para, assim, chegar a determinados pareceres sobre as causas e a terapêutica desses males e a eficácia dos medicamentos testados. Importante ressaltar: em vários artigos por nós pesquisados, os autores relatam que as amostras para a realização das suas experiências foram cedidas por laboratórios farmacêuticos. Logo, a hipótese de que a ampliação das pesquisas e da administração de psicofármacos nas décadas de 50 e 60 não pode ser entendida sem a expansão da indústria farmacêutica deve ser considerada.³¹⁶

No Brasil, essa tendência se manifesta quase que simultaneamente aos eventos sediados nos Estados Unidos, França e Alemanha. Médicos psiquiatras formados pela Faculdade de Medicina da Faculdade do Brasil (atual UFRJ), e que depois atuaram como professores dessa mesma Universidade estão entre os que mais artigos produziram sobre o tema. Analisemos, agora, alguns desses artigos.

³¹⁶ A esse respeito, ver: CORDEIRO, Hésio. **A indústria de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

**PARTE IV - ASPECTOS DO DISCURSO SOBRE PSICOFÁRMACOS NA
LITERATURA MÉDICA BRASILEIRA – 1957/1991**

1 ENTRE A ELETROCONVULSOTERAPIA E A QUIMIOTERAPIA: A TRANSIÇÃO PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DEPRESSÃO

O desenvolvimento dos antidepressivos, ao longo da década de 1950, não substituiu o tratamento eletroconvulsoterápico (ECT), que continuou - e continua, até hoje, embora com técnicas mais seguras e menos invasivas para os pacientes - a ser empregado para os casos de depressões mais graves, mais resistentes e nas quais o risco de suicídio é eminente³¹⁷.

Até 1957, com o aparecimento da iproniazida, vedada era ao clínico geral qualquer tentativa terapêutica da depressão, para a qual contávamos nós psiquiatras apenas com as medidas psicoterápicas nos tipos que considerávamos reativos e com a velha convulsoterapia para aqueles que rotulávamos de psicóticos. O advento dos antidepressivos IMAOS alargou imensamente os horizontes do tratamento da depressão, iniciando a era da quimioterapia que, com a entrada no comércio dos derivados tricíclicos, sem os graves riscos da ação hepatóxica dos inibidores da monoaminoxidase, proporcionou ao deprimido uma possibilidade de recuperação muitas vezes com seu próprio médico de família.³¹⁸

Estudos realizados por psiquiatras brasileiros entre o final da década de 1950 e o final da década seguinte mostram a preocupação destes em definir quando, em quais casos e sob quais condições o método eletroconvulsoterápico seria preferível ao quimioterapêutico. Reconheciam, por experiência, a eficácia do primeiro, conforme atesta José Caruso Madalena: “A experiência mostra-nos que nas depressões graves a ECT é o melhor e mais seguro recurso terapêutico; também as

³¹⁷ A grande diferença entre a forma pela qual se aplicavam as sessões de eletroconvulsoterapia nas décadas de 1950, 1960 e 1970 e a forma como são aplicadas hoje, em centros especializados (como o Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de São Paulo) é o fato de que, no passado, em muitas instituições psiquiátricas, a eletroconvulsoterapia era utilizada “à seco”, sem anestesia ou relaxantes musculares, fato que provocava fraturas e outros comprometimentos, devido às contorções musculares ocorridas durante o processo. Infelizmente também, em que pese sua eficácia terapêutica (especialmente para os casos que não respondem à medicação antidepressiva) no passado, a eletroconvulsoterapia (popularmente conhecida como eletrochoque) era, não raras vezes, empregada como represália, como castigo (e não como tratamento) de forma indevida e violenta em pacientes considerados problemáticos. Quando realizada dentro dos procedimentos de segurança clínica adequados (com sedação adequada, anestésicos e relaxantes musculares e acompanhado de um psiquiatra) a eletroconvulsoterapia mostra-se um método eficaz em 50 % dos casos, afirma a médica Márcia de Macedo Soares, psiquiatra do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da USP) sendo inclusive a forma de tratamento considerada mais segura para gestantes com depressão grave, casos nos quais a administração de antidepressivos pode ser desaconselhável. (Ver mais a esse respeito em entrevista concedida pela psiquiatra Márcia de Macedo de Soares: SOARES, Márcia de Macedo. Apud VARELLA, Drauzio. Eletrochoque/Eletroconvulsoterapia. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/eletrochoque-eletroconvulsoterapia/>. Acesso em: 20/01/2015).

³¹⁸ PEREIRA, J.L.C; et.al. Nossa experiência com a monocloroimipramina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, V.58, n. 4, p. 581-590, abril/1969. P. 582.

recaídas são mais frequentes após suspensão da administração da droga do que com a ECT”.³¹⁹

No entanto, já ao longo da segunda metade da década de 1950 localizamos algumas das primeiras publicações de psiquiatras brasileiros a respeito do tratamento medicamentoso da depressão com as novas drogas psicoativas. Esse é o caso do artigo a seguir.

Em 1959, Elso Arruda, então diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil e do Centro Psiquiátrico Nacional, publicou na revista médica “O Hospital” um artigo intitulado: “A Iproniazida em Psiquiatria” em que a “eficácia” desses dois métodos – o biológico e o químico – é testada em pacientes internados no Hospital Pedro II, Rio de Janeiro.³²⁰

No artigo, Arruda apresenta os resultados iniciais de sua pesquisa com Marsilid (nome comercial da iproniazida, um IMAO) em doses diárias que variavam entre 100 e 150 ml, a vinte e dois pacientes, com diferentes distúrbios psíquicos (psicóticos, esquizofrênicos, maníacos, melancólicos, oligofrênicos) e que apresentavam quadros de depressão.

A casuística adotada por Elso Arruda teve como parâmetro os seguintes tópicos: 1) Nome, data de início e dose; 2) Impressão diagnóstica; 3) Estado mental anterior ao *Marsilid*; 4) Quadro mental atual (quando do emprego do medicamento); 5) Efeitos secundários; 6) Peso anterior e atual; 7) Observações posteriores.

De acordo com os resultados narrados no estudo, vários dos pacientes tratados apresentaram piora em seu quadro clínico, outros, nenhuma alteração e poucos manifestaram alguma melhora. Na grande maioria dos casos (17 de 22) a medicação não apresentou os efeitos esperados e os pacientes foram reconduzidos ao tratamento por convulsoterapia elétrica. A seguir, transcrevemos dois dos casos mencionados no artigo.

³¹⁹ MADALENA, José Caruso. Ensaio preliminares com nova substância antidepressiva – a thiazenona (SQ 10.496). **A folha Médica**. Rio de Janeiro, Vol. 55, n. 4, outubro de 1967. P.647-657. P.649.

³²⁰ Arruda vincula suas observações com Iproniazida ao “Simpósio sobre os aspectos clínicos e bioquímicos do Marsilid e outros inibidores da oxidase mono-amínica”, ocorrido em 1957, Nova Iorque. O autor ainda menciona que as amostras utilizadas na pesquisa foram cedidas pelo laboratório Roche e afirma que, no decorrer da pesquisa, teve a oportunidade de observar o quão ativo parecia ser o medicamento e o quão tóxico poderia se tornar caso não fosse empregada a dose adequada.

A. P. de S. G. – Reg. 23.952-
29-8-58 – 100 mg./ de Marsilid
Oligofrenia + Depressão (esquizofrênica).
Deprimida, idéias de auto-desvalorização e de estar abandonada pela família. Obnubilada e apática. Sonolenta, queixa-se de peso no corpo.
Peso atual: 51,3000.
Em 11-9-58:
Quadro mental inalterado. Ansiedade, facies de grande sofrimento.
Incontinência urinária.
Peso atual: 50,000.
Em 2-9-58: Passou a tomar 150 mg./dia de Marsilid.
Em 10-10-58:
Foi interrompido o tratamento depois de 29 dias. O marido da doente, impaciente pelo fato da mesma não melhorar, pediu sua alta; 4 dias após, trouxe-a de volta dizendo que ela continuava acentuadamente deprimida e havia deixado cair dos braços sua filha de meses.
Instituída a convulsoterapia elétrica.
Após a 2ª aplicação exibiu outra feição no seu quadro mental. Ficou sociável, sorridente, dizendo-se bem melhor.
Em 3-10-58
Foi transferida para o H. Pedro II. Submetida a convulsoterapia elétrica, melhorou.
Alta em 8-3-59, em remissão.³²¹

No caso acima descrito, a depressão é caracterizada como do tipo “esquizofrênica” e faz parte de um quadro mental mais complexo, chamado Oligofrenia. A paciente apresentava-se, no início do tratamento, segundo o médico, apática, sonolenta, obnubilada e com ideias de auto-desvalorização. Nove dias depois da administração de Marsilid, a paciente havia perdido peso, apresentava quadro de incontinência urinária e ansiedade. Denotava faces de grande sofrimento.

Em que pese o fato de o medicamento não ter atingido o objetivo e o quadro ter inclusive piorado, sua dose foi aumentada para 150 mg diários. Passados 29 dias, sem melhora visível no quadro inicial, a administração de Iproniazida foi interrompida – ao que tudo indica, bruscamente – e a paciente obteve alta, por solicitação do esposo. O mesmo, quatro dias depois, solicitou sua reinternação. Transferida para o Hospital Pedro II, passou a ser tratada com a eletroconvulsoterapia, ao final de algumas sessões, a paciente se disse melhor: sociável, sorridente. Ou seja: segundo os relatos do médico, a eletroconvulsoterapia mostrou-se mais eficaz e menos danosa à paciente do que a quimioterapia.

Em outra casuística descrita por Elso Arruda, uma situação semelhante:

³²¹ARRUDA, Elso. et.al. A iproniazida em Psiquiatria. **O Hospital**. Rio de Janeiro, V.56, n.2, p. agosto de 1959, p. 66-81, p. 73-74.

O. M. – Reg. 24.104 – 6-09-58 - 100 mg./ de Marsilid

P.M.D (fase depressiva).

Calma, triste, idéias de auto-desvalorização e auto-destruição.

Quadro mental sem alterações.

Anorexia. Dores “nas costas” (sic).

Pêso atual: 49,100.

Suspensão o *Marsilid*[grifos no original] após 28 dias, foi instituída convulsoterapia elétrica, por não ter a paciente apresentado melhoras significativas em seu estado depressivo. Desorientada no tempo, orientada no espaço. Orientada auto-psiquicamente. Aspecto deprimido. Diz-se melhor e quer ir para casa. Alimenta-se e dorme bem. Pêso atual: 47,500. Alta em 19-10-58; reinternada em 19-11-58, foi transferida para o H. Pedro II, em 10-12-58. Feita convulsoterapia elétrica. Alta em 31-12-58. Em remissão.³²²

No caso em questão, alguns elementos chamam a atenção. Trata-se de uma paciente com Psicose Maníaco-Depressiva (PMD) em fase depressiva. O transtorno conhecido como PMD era definido em manuais de Psiquiatria das décadas de 40 e 50³²³ como um quadro complexo, caracterizado pela alternância de episódios de humor extremamente triste, movimentos vagarosos, autodesvalorização e, em casos extremos, ideação suicida (depressão) e episódios de humor excessivamente alegre, ideias fugidias, fala acelerada e muitas vezes desconexa, movimentos rápidos, ansiedade, insônia e, nos casos mais graves, temperamento violento e delirante (mania).

Ocorre que no momento em que foi feita a experiência com Marsilid a paciente estava, segundo o médico, na fase depressiva da PMD. Sendo o medicamento em questão apontado como antidepressivo tendemos a supor que agiria de modo contrário ao episódio depressivo, elevando o humor. No entanto, isso poderia desencadear um episódio maníaco, fato que nem sequer é problematizado por Elso Arruda. Além disso, o psicofármaco não parece ter atingido o fim que a ele se vinculava, uma vez que um mês após o início do tratamento a paciente perdeu peso e continuava deprimida. Foram então aplicadas seções de eletroconvulsoterapia as quais parecem ter surtido melhor efeito: o humor da paciente teria se estabilizado e passou a dormir e comer melhor.

Os episódios acima descritos não são os únicos do gênero. Nos primeiros tempos da introdução dos IMAOS em pacientes que apresentavam quadros de depressão, são comuns as anotações dos médicos brasileiros a respeito dos efeitos

³²² Id.

³²³ Lembremos do do Manual de Psiquiatria de Henrique Belfort Roxo, citado anteriormente.

colaterais relacionados a esse tipo de terapia e as considerações favoráveis ao retorno ao ECT como forma mais confiável de tratamento. No entanto, na interpretação de Elso Arruda essa “melhora” ocorrida após as seções de eletroconvulsoterapia não se deviam ao episódio isolado do eletrochoque, mas à combinação entre drogas IMAO e eletroconvulsoterapia. Temos, portanto um grupo de pacientes que já havia sido tratado com eletroconvulsoterapia, que passou a ser tratado com Marsilid e novamente reconduzido à eletroconvulsoterapia.

Entre as hipóteses lançadas pelo autor no referido artigo, o Marsilid teria potencializado o efeito da ECT, conforme se nota a seguir:

No decorrer desta pesquisa, observamos que 14 doentes haviam obtido melhorias sintomáticas sem, contudo, alcançarem uma remissão completa da síndrome clínica apresentada. Tal situação nos conduziu, em um caso que se mostrava bastante perturbado, a volta ao uso do eletrochoque. Surpreendentemente, às primeiras aplicações a melhoria foi rápida e o desaparecimento dos sintomas psíquico-patológicos foi completo, numa intensidade e rapidez raramente observadas com aquela terapêutica. Aventuramos, então, a hipótese de que a rapidez da melhoria pelo eletrochoque estivesse ligada ao uso prévio do **Marsilid** que prepararia as condições do organismo do doente para reagir melhor à terapêutica do choque. [grifos no original] ³²⁴

Em virtude de sua alta toxicidade, algumas drogas IMAO saíram de circulação ainda no final da década de 1950, entre elas, a Etriptamina (nome comercial Monase) que poderia ocasionar efeitos graves como uma doença no sangue conhecida como agranulocitose.³²⁵ Os IMAOS se tornavam potencialmente tóxicos quando associados a outros medicamentos ou mesmo com bebidas alcoólicas e até café. No mesmo período, era sintetizada a imipramina, um medicamento denominado tricíclico e que passou a ser testado como droga antidepressiva em substituição aos IMAOS também no Brasil em meados da década de 1960.

³²⁴ Ibid., p. 79.

³²⁵ SOUZA, Fábio de. Farmacologia e espectro de ação clínico-psiquiátrica dos novos neurolépticos dibenzodiazepínicos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, v.75, n. 1, p.65-72, Julho de 1977. P. 443.

2 ASPECTOS DA PESQUISA COM ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS E COM ANSIOLÍTICOS

Em consonância com a tendência europeia, já na primeira metade da década de 1960, psiquiatras brasileiros desenvolviam estudos e ensaios clínicos registrando suas conclusões em artigos científicos sobre a administração de antidepressivos tricíclicos, que passam a ser preferidos em relação aos IMAOS em virtude do potencial hepatóxico de algumas dessas drogas. Face aos artigos por nós analisados, podemos afirmar que os primeiros medicamentos tricíclicos estudados e administrados no Brasil, foram a Amitriptilina (nome comercial Tryptanol) a Doxepina (nomes comerciais Sinequan, Aponal, Adapin, Doxal) e a Imipramina/Desipramina (nome comercial Tofranil).

Dentre as várias propriedades farmacológicas dos medicamentos tricíclicos apontadas nesses estudos, destaca-se sua capacidade de recaptação neuronal do neurotransmissor conhecido como noradrenalina e da serotonina. Funcionaria, assim, como um bloqueador misto de recaptação, inibindo, quase na mesma proporção, a recaptação desses dois neurotransmissores e em menor grau, da dopamina, agindo de modo a aumentar a concentração dessas substâncias na fenda sináptica. A maior concentração de serotonina entre um neurônio e outro passou a ser considerado um dos elementos químicos fundamentais para a sensação de bem estar e humor elevado no cérebro, daí a conotação antidepressiva atribuída a esses medicamentos.

2.1 OS ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS E SUA CLASSIFICAÇÃO

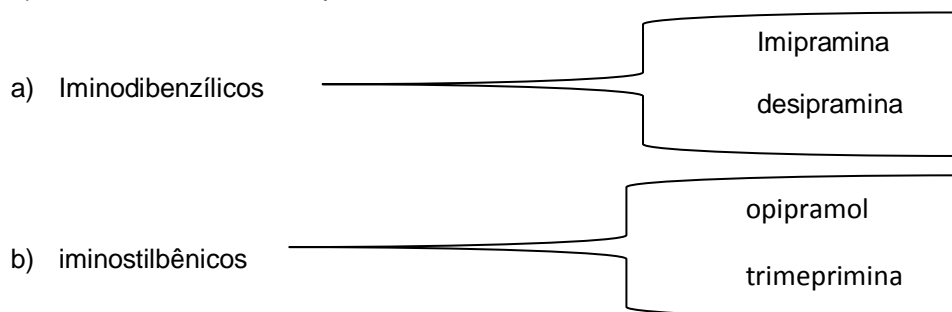
Seguindo a classificação adotada por Wandrey e Leutner (1967)³²⁶ o psiquiatra brasileiro José Caruso Madalena, em artigo publicado na revista “A Folha Médica” em 1969, situa os medicamentos tricíclicos na categoria dos Timoanalépticos ou Timolépticos: drogas estimuladoras do humor, que o modificam favoravelmente em transtornos como a depressão.

Segundo a tipologia de Wandrey e Leutner, Madalena assim classificava os psicofármacos denominados Timolépticos:

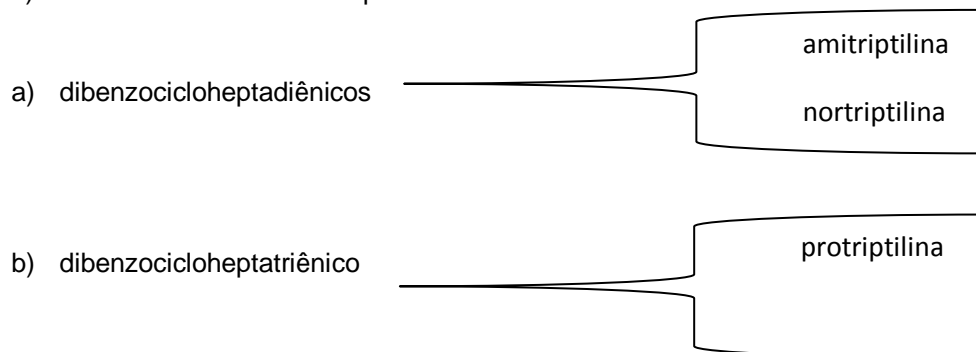
³²⁶ D. Wandrey e V. Leutner são dois psiquiatras alemães que publicaram, em 1965, o manual “Neuro-Psychopharmaca in Klinik und Praxis” (Os neuropsicofármacos na clínica e na prática).

III – Timoanalépticos ou timolépticos, compreendendo:

1) Derivados dibenzoazepínicos



2) Derivados dibenzocicloheptênicos



3) Derivados indólicos: iprindol

4) Derivados benzotiazepínicos: tiazenona³²⁷

A expressão psico-analépticos foi cunhada pelo médico francês Jean Delay para definir os agentes psicofarmacológicos de ação antidepressiva e que significa algo como “levantar o tônus psíquico” (do prefixo grego “ana” = elevar e do sufixo “léptico” = captar). Madalena, citando Jean Delay, define tônus mental como o que regula o estado de humor e o nível de vigília do indivíduo.

Nos primeiros estudos efetuados na década de 1950, o psiquiatra francês afirmava que de acordo com o vetor no qual exercessem influência seria a classificação das drogas antidepressivas. As que teriam atuação no vetor “vigília” seriam denominadas “noo-analépticas” (estimulantes da vigília) e as que tivessem atuação no vetor “humor” seriam denominadas “timo-analépticas”. É importante recordar a origem grega da palavra timo (vem do grego thymós, empregado para

³²⁷ MADALENA, J.C. Antidepressivos: conceito, tipos químicos, efeitos terapêuticos e efeitos colaterais. **A folha médica**. Rio de Janeiro, v.58, n. 1, p.65-70, Janeiro de 1969. P. 80-81.

designar ânimo). Ou seja: drogas antidepressivas timo-analépticas seriam drogas que agiriam no vetor humor e teriam como principal finalidade levantar o ânimo.³²⁸

Colaborador de Delay no hospital psiquiátrico de Saint Anne em Paris, Pierre Deniker atestava dois métodos para conceituar uma droga antidepressiva, segundo Madalena: os dados clínicos e os dados experimentais. Entre os dados clínicos, afirma Madalena, uma droga podia ser denominada antidepressiva quando fosse capaz de realizar no tônus psíquico do paciente a inversão do humor em um prazo de 10 a 15 dias; em relação aos dados experimentais, uma droga antidepressiva precisa apresentar uma ação hipermotora, anti-reserpina e não exercer nenhuma alteração sobre os reflexos condicionados, conforme lemos a seguir:

Clinicamente chama-se de antidepressivo àquela droga que faz a inversão do estado de humor depressivo (e isto deve ocorrer em períodos de 10-15 dias), reduz o sono (no início, pela ação de impacto, pode haver sonolência) e corrige a ação depressiva das drogas neurolépticas. Experimentalmente, o antidepressivo tem ação 'antireserpina', ação hipermotora e não tem nenhuma ação sobre os reflexos condicionados.³²⁹

Ou seja: esperava-se que essas drogas invertessem o humor de um paciente deprimido em um prazo relativamente curto, entre 10 a 15 dias, período no qual pela ação do medicamento o indivíduo deveria apresentar ânimo elevado, movimentação motora mais rápida, sem nenhuma alteração em seus reflexos condicionados e sem sonolência. Notemos também que essas drogas deveriam ser capazes de corrigir a ação depressiva de drogas neurolépticas – como os derivados fenotiazínicos, por exemplo – e da reserpina, que tinha ação depressora sobre o sistema nervoso central. Ao contrário dos tranquilizantes, os antidepressivos agiriam de modo a colocar o organismo em alerta, em movimento, sem sonolência e com certo grau de euforia. Em até 15 dias...

³²⁸ Ibid., p. 80.
³²⁹ Id.

2.2 “ATARÁXICOS”

O problema era quando o quadro depressivo vinha acompanhado de insônia, agitação, ansiedade neurótica. Nesses casos, a situação “exigia” (conforme expressão comumente empregada nos textos) a administração concomitante de um tranquilizante. Inicialmente, os chamados tranquilizantes maiores (neurolépticos do grupo das fenotiazinas) primeiros a serem descobertos; já na segunda metade da década de 1960, com a expansão das pesquisas internacionais sobre os benzodiazepínicos (também chamados de tranquilizantes menores ou atarácicos) passa a ser testada a concomitância do tratamento de antidepressivos com ansiolíticos.

Os atarácicos³³⁰, desenvolvidos entre a segunda metade da década de 1950 e a década de 1970 constituíam parte de seis grupos principais: atarácicos mio-relaxantes derivados dos propanodióis, hipnóticos, anticolinérgicos de ação central, tranquilizantes antinaupáticos, derivados de difenilmetano e derivados da benzodiazepina, estes, os mais testados e administrados pelos psiquiatras aqui estudados para casos de ansiedade (fato pelo qual são também popularmente conhecidos como ansiolíticos).

A seguir, a distribuição dos principais medicamentos em cada uma dessas classificações segundo o psiquiatra Fábio de Souza, em artigo de 1972:

I - Atarácicos mio-relaxantes derivados dos propanodióis

- Ia – Mefenesina
- Ib – Fenaglicodol
- Ic – Meprobamato
- Id – Motocarbamol
- Ie - Carisoprodol

II – Atarácicos derivados dos hipnóticos

- Ila – Metilpentinol

³³⁰ É importante retomar que as origens do termo *ataraxia* situam-se no âmbito do debate filosófico dos sistemas de pensamento do Período Helenístico, conforme demonstrado na primeira parte da tese. No contexto de sua formulação, o termo buscava definir um estado de imperturbabilidade da alma a ser atingido de dentro para fora, mediante uma vida comedida, temperada e equilibrada, evitando-se os excessos, buscando-se a autarquia e cultivando as virtudes. A apropriação do termo pela psiquiatria se deu por volta de 1955 pelo neurologista Howard Douglas Fabing (1907-1970). O uso do termo pelo discurso psiquiátrico denota uma inversão do sentido original do conceito: passa a ser empregado para designar um estado de apatia emocional perante o meio sem a obnubilação da consciência.

IIb – Carbonato de Metilpentinol

III – Atarácicos anticolinérgicos de ação central

IIIa – Benatctizina

IIIb – Hioscina

IV – Tranquilizantes antinaupáticos

IVa – Dimenidrinato

IVb – Ciclizina

IVc- Meclizina

V – Atarácicos derivados do difenilmetano

V1 – Hidroxizina

V2 – Captodiamina

V3 – Azaciclonal

V4 – Pipetanato

V5 – Benactizina (anticolinérgica)

VI – Atarácicos derivados da benzodiazepina

VI1 – Clordiazepóxido

VI2 – Diazepam

VI3 – Temazepam

VI4 – Medazepam

VI5 – Oxazepam

VI6 – Nitrazepam

VI7 – Lorazepam Wy-4036 [grifos do autor]³³¹

Apenas lembremos o seguinte: conforme a explicação do próprio Caruso Madalena, antidepressivos e tranquilizantes têm funções antagônicas no sistema nervoso central. Imaginemos o carrossel de sensações psíquicas que acometia os pacientes em que essas drogas pela primeira vez foram testadas conjuntamente, sendo que enquanto uma relaxava, outra elevava o ânimo? Essas questões eram frequentes nos artigos do período, conforme demonstraremos a seguir.

2.3 O ASPECTO FORMAL

A maioria dos artigos escritos pelos psiquiatras brasileiros entre 1957 e 1991, por nós pesquisados, apresentam algumas características na dinâmica de sua estruturação.


³³¹ SOUZA, Fábio de. Ingresso de um novo membro (WY-4036) na sperié 1,4 – benzodiazepínica – (I – atualização psicofarmacológica). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, vol. 64, n. 4, abril de 1972, p. 859-881. P. 860-862.

Caracterizam-se em linhas gerais por serem: ensaios e observações preliminares sobre o emprego de drogas psicoativas - neurolépticos, antidepressivos e ansiolíticos -, isolados entre si ou concomitantes; revisões de literatura, ensaios e observações preliminares sobre esses medicamentos, desenvolvidos por laboratórios internacionais .

Dentre eles, o laboratório Ciba (desde 1934 no Brasil) e que com a fusão com o laboratório Geigy, passa a se chamar, a partir de 1970, Ciba-Geigy (desde 1971 no Brasil). Dentre os primeiros psicotrópicos produzidos por esse laboratório destacam-se Melleril (1958), um neuroléptico; e Tofranil (1958, cloridrato de imipramina) antidepressivo tricíclico. Também o laboratório Roche, especialmente com ensaios sobre benzodiazepínicos (entre eles o clordiazepóxido, nome comercial Librium), o laboratório Squibb (que produzia o Anatensol, um neuroléptico) , entre outros.

Os artigos que se destinam a relatar ensaios clínicos ou ensaios teóricos de revisão bibliográfica quase sempre são antecidos por uma mensagem publicitária sobre o medicamento sobre o qual versa o texto ou sobre outro medicamento do mesmo grupo, tal qual os documentos a seguir reproduzidos.

Na primeira imagem, a reprodução da página que antecede o artigo do psiquiatra José Caruso Madalena sobre o emprego de cloridrato de flufenazina para a quimioterapia do stress, na qual temos uma mensagem publicitária anunciando os efeitos tensiolíticos de anatensol, nome comercial de um medicamento produzido pelo laboratório Squibb à base, justamente, de cloridrato de flufenazina, um neuroléptico.



estabilidade emocional

Com apenas uma drácea diária de 1 mg, ANATENSOL assegura 24 horas de estabilidade emocional. E o mais potente dos tranquilizantes, sem induzir ao hábito, sem deprimir ou obnubilar.

ANATENSOL
CLORIDRATO DE FLUFENAZINA SQUIBB

SQUIBB

SEÇÃO DE PSIQUIATRIA
Direção: J. Caruso Madalena e Isaías Paim

O USO DO CLORIDRATO DE FLUFENAZINA EM PEQUENAS DOSES NOS ESTADOS DE TENSÃO E ANSIEDADE, (*)

J. CARUSO MADALENA (**)

"... since in our opinion they are fairly typical of the response to any long-continued systemic stress."
H. Selye

RESUMO

O autor analisa as propriedades farmacológicas do cloridrato de flufenazina em comparação com as da clorpromazina e da trifluopromazina. Revê a literatura sobre o emprego do cloridrato de flufenazina em pequenas doses, para o tratamento do estado de tensão, nos quadros pediátricos, obstétricos, ginecológicos, geriátricos, cardiovasculares, psicossomáticos e neuróticos. Discute a tensão-ansiedade e as variedades de ansiedade face à quimioterapia. Considerando o agente neuroléptico como um agente antiestrição e responsabilizando à estrição a eclosão da ansiedade psicótica ou neurótica, recomenda o uso do cloridrato de flufenazina, em doses pequenas, 1-2mg diários, no tratamento dos estados de tensão e ansiedade.

I — Os desequilíbrios emocionais e o homem moderno

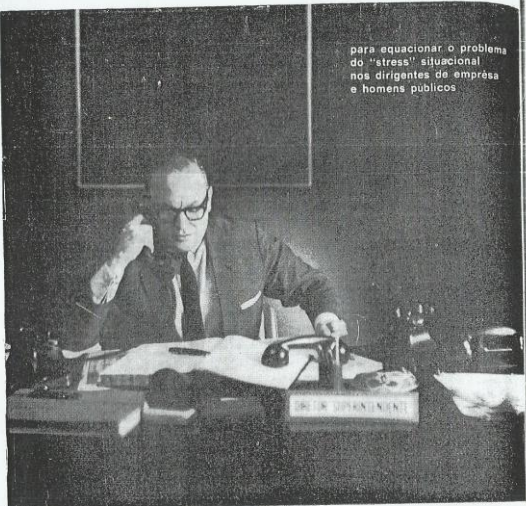
Após a notável contribuição de Selye para o estudo do desequilíbrio energético orgânico, o conceito de estrição orienta, hoje, toda a patologia. E dir-se-ia que a vida moderna, tensa na conquista do tempo e do espaço, vem aumentando aqueles fatores físicos e mentais que levam o homem à estrição.

(*) Apresentado ao Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras S. A. em 24-1-66.
(**) Secretário geral da Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro (GB).

— 45 —

(Fonte: A FOLHA MÉDICA. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 52, N.3, 1966, p. 45-46)

Na segunda imagem, na página que antecede um artigo também de José Caruso Madalena sobre o Clordiazepóxido, nome comercial Librium, do laboratório Roche, temos uma mensagem publicitária anunciando as vantagens de um outro benzodiazepínico, Diazepam.



diazepam n.q.

7-cloro-1-metil-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-2(1H)-ona

o psicoléptico polivalente da atualidade

ansiolítico — tranqüilizante — antidepressivo — mio-relaxante

APRESENTAÇÃO: caixas com 20 comprimidos a 2 mg
caixas com 20 comprimidos a 5 mg
caixas com 12 comprimidos a 10 mg

a novaquímica, laboratórios S.A. - Rua Fial Cavale, 741 - tel. 35-1032 - São Paulo

SEÇÃO DE PSIQUIATRIA

Direção: J. Caruso Madalena e Isaías Palm

**OBSERVAÇÕES PRELIMINARES COM UMA NOVA
COMBINAÇÃO PSICOTRÓPICA ANTIDEPRESSIVA —
O Ro 4-6270 (*)**

J. CARUSO MADALENA (**)

RESUMO

O autor usou uma nova combinação antidepressiva — o Ro 4-6270 (Laroxyl + Librium) — em 20 pacientes portadores de estados depressivos acompanhados de ansiedade e obteve 70% de resultados favoráveis. A ação ansiolítica parece predominar sobre a antidepressiva. Os achados laboratoriais não mostraram desvios tóxicos. Os registros EC gráficos acusaram, em um caso, acentuação das alterações anteriores à administração da droga. Os registros EE gráficos sugeriram o reforço da ação do Librium sobre o ritmo alfa. A posologia média diária foi de 3 drágeas do Ro 4-6270/2, (cada drágea contém 12,5mg Laroxyl + 5mg Librium). O autor recomenda cuidados no emprego da nova droga em pacientes idosos com sofrimento miocárdico de tipo isquêmico e portadores de hipertrofia prostática (retenção urinária pelas propriedades anticolinérgicas da amitriptilina).

INTRODUÇÃO

Sentem os clínicos, diariamente, a necessidade da combinação medicamentosa psicotrópica. Exigem-na várias razões: a atuação sintomática dos psicotrópicos sobre o polimorfismo psicopatológico, a potencialização da ação psicotrópica e a correção de efeitos colaterais indesejáveis.

(*) Apresentado no Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras S. A., em 7-7-66.

(**) Encarregado dos Ensaios Terapêuticos com Psicotrópicos na Casa de Saúde Dr. Eiras S. A. e Presidente do Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras S. A.

— 125 —

(Fonte: A FOLHA MÉDICA. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.53, n. 4, outubro de 1966, p. 666.

Esses artigos eram introduzidos por uma reflexão sobre o tema da incompatibilidade entre a saúde psíquica e as atribuições da vida moderna. Após essa introdução, de cunho mais “filosófico”, alguns fazem um breve apanhado histórico das principais descobertas no campo da psicofarmacologia, desde 1952, quando Delay e Deniker apresentaram os efeitos neurolépticos da clorpromazina.

Na sequência, são apresentados os dados farmacológicos da substância sobre a qual versa o ensaio, muitas vezes com figuras que ilustram sua estrutura química. Apontam-se estudos realizados por outros pesquisadores, em sua grande maioria, franceses, alemães e ingleses, e finalmente, dados clínicos demonstrando as suas experiências e conclusões sobre o emprego do fármaco em um grupo de pacientes. Após as referências bibliográficas, em letras mais discretas, é feito um agradecimento ao laboratório que “gentilmente” cedeu as amostras para o estudo e em alguns textos, até as próprias referências para os artigos.

As maiores influências são de médicos-pesquisadores estrangeiros (franceses, alemães, suíços, espanhóis, britânicos e estadunidenses) com destaque

para os franceses Pierre Deniker e Jean Delay. Valem-se das classificações e escalas desenvolvidas por esses pesquisadores para a abordagem empírica dos fenômenos psíquicos (depressão, ansiedade, angústia, etc.), como por exemplo, as escalas para a medição da depressão e da ansiedade desenvolvidas entre fins da década de 1950 e início da década de 1960 pelo psiquiatra britânico Max Hamilton (1912-1988). Dentre os pesquisadores internacionais mencionados nesses artigos é importante mencionar que vários deles eram vinculados a laboratórios como Roche, Skibb e Ciba.

É importante destacar que nos artigos analisados e que foram produzidos ao longo das décadas de 1960 e 1970 não é feita referência ou menção ao “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA) publicado pela primeira vez em 1952 (mais conhecido atualmente como DSM I) e nem ao DSM II, publicado em 1968. Essas menções só aparecem a partir da primeira metade da década de 1980 e se acentuam na década de 1990.

Uma possível explicação para a ausência de alusão dos psiquiatras brasileiros da década de 1960 e 1970 ao DSM I e II pode ser dada se considerarmos que nesse período, os psiquiatras estadunidenses vinculados à APA e envolvidos com a redação do DSM I estavam mais voltados a uma interpretação psicanalítica dos fenômenos psíquicos, tendência que se manteve no DSM II, enquanto que os psiquiatras brasileiros que publicavam na revista “A Folha Médica” demonstravam uma tendência mais biologizante dos mesmos fenômenos, em consonância com o psicofisiologismo de psiquiatras europeus como Jean Delay. Sobre essa questão, atestam Russo e Venancio:

O pós-guerra assistiu ao triunfo da psicanálise anglo-saxã e, mais do que isso, à sua total penetração no meio médico-psiquiátrico. Estamos falando de Estados Unidos, mas é possível perceber movimento semelhante (talvez mais tardio) na psiquiatria francesa, por exemplo, e na brasileira. Nos anos 1950 e 1960 era absolutamente impossível para um psiquiatra americano fazer carreira sem ter feito formação em psicanálise. Todos os chefes de cátedra eram psicanalistas (...) A substituição da primeira pela segunda versão do DSM (...) não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo, sendo antes expressão da hegemonia psicanalítica no que diz respeito à compreensão (e possível tratamento) da doença mental.³³²

³³² RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. Ano 9, n. 3, Set./2006. p. 460-483. p.464-465. Disponível em: 197

No entanto, no âmbito da psiquiatria norte-americana essa tendência se modifica ao longo da década de 1970, período em que é preparado o DSM III, publicado em 1980. A influência da psicanálise no DSM sofreria forte alteração a partir da redação do DSM III em que se observa a prevalência da psiquiatria biológica e da indústria farmacêutica na caracterização dos sintomas dos transtornos mentais bem como de sua nomeação, classificação e critérios de diagnóstico. Continuam as autoras:

A história das versões subseqüentes do DSM demonstra que essa hegemonia já dá claros sinais de enfraquecimento no decorrer dos anos 1970. Uma nova versão do manual (o futuro DSM III) foi preparada entre 1974 e 1979, e publicada em 1980. Sua publicação representou uma ruptura absoluta com a classificação que até então era utilizada. Essa ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si (...) : no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma única lógica classificatória; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários. O DSM III foi proclamado um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos. Fundamenta-se numa crítica ao modo anterior de classificação baseado em uma pretensa etiologia dos transtornos mentais, ou seja, em processos subjacentes, inferidos pelo clínico, e não passíveis de uma observação empírica rigorosa. Sob a radical ruptura terminológica, portanto, encontrava-se a ruptura também radical com uma certa teoria sobre os transtornos mentais. O pressuposto empiricista implicado em uma posição “a-teórica”, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fisicalista da perturbação mental. É assim que, o surgimento e a difusão da nova nomenclatura presente no DSM III corresponde à paulatina ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial

333
...

Dentre os autores brasileiros estudados, pudemos observar que dentre eles destaca-se a figura de José Caruso Madalena (Ver anexo II). O psiquiatra fluminense participava constantemente de simpósios, congressos e colóquios nacionais e internacionais sobre psicofármacos. Dentre estes, destaque para os promovidos pelos laboratórios quando do lançamento de um novo medicamento. Atuava nos meios acadêmico, assistencial, científico e político, e era citado como uma importante referência nacional por outros pesquisadores brasileiros³³⁴.

http://fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume09/n3/classificando_as_pessoas_e_suas_perturbacoes_a_revolucao_terminologica_do_dsm_iii.pdf. Acesso em: 19/01/2015).

333 Id.

334 Algumas informações importantes sobre José Caruso Madalena (1916-2010): nasceu no Rio de Janeiro no início do século XX, e formou-se em Medicina pela Faculdade Nacional de Medicina (atual Faculdade de Medicina da UFRJ). Teve atuação no meio científico, associativo, político e assistencial. Foi professor de várias faculdades de Medicina, sendo o cargo mais importante o de Professor Assistente de Psiquiatria da UNB. Exerceu a função de Secretário Geral da

Defendemos a hipótese de que pesquisadores como José Caruso Madalena contribuíram para disseminar a tese, atualmente amplamente aceita e repetida por uma determinada parcela cada vez mais crescente de médicos brasileiros (psiquiatras mas também clínicos gerais e médicos de outras especialidades) de que os chamados transtornos de humor ou transtornos afetivos, embora possam ser desencadeados por questões ambientais, processam-se internamente, em complexos processos químicos e, que, portanto, podem ser quimicamente mantidos sob controle. Para nos valermos de um termo empregado pelo próprio Caruso Madalena, a psicofarmacologia, uma nova ciência que se desenvolve nesse período, propiciaria uma espécie de “quimioterapia das emoções”, portanto.

Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro e participou, em 1966, do anteprojeto dos Estatutos da Associação Brasileira de Psiquiatria, sendo um dos seus fundadores. Colaborou assiduamente para o desenvolvimento de estudos sobre psicofármacos no Brasil, divulgando suas pesquisas em vários periódicos científicos: foi autor de mais de 170 artigos em veículos nacionais e internacionais. Foi redator, juntamente com Isaias Paim, da “Revista de Psiquiatria” (iniciada em 1961) e da seção de Psiquiatria da Revista “A Folha Médica”; publicou também na “Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria”, no “Jornal Brasileiro de Psiquiatria”, e na revista “O Hospital”, entre outros. No campo da assistência psiquiátrica, trabalhou grande parte da sua vida na Casa de Saúde Dr. Eiras, criada em 1963, na cidade do Rio de Janeiro, na qual fundou um Centro de Estudos e ocupou vários cargos, até chegar à Presidência. Esteve entre os primeiros pesquisadores brasileiros a realizar experimentos clínicos com cloridrato de flufenazina (neuroléptico) para tratar casos de tensão e ansiedade. Repugnava o uso do Lítio. Em colaboração com Leme Lopes, realizou alguns dos primeiros estudos sobre haloperidol e triperidol (neurolépticos, do grupo das butirofenonas). Sua posição como Diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras no Rio de Janeiro não pode ser desconsiderada nas suas experiências clínicas com os novos medicamentos, lançados pelos laboratórios em congressos internacionais e ainda não disseminados comercialmente no Brasil. Valia-se de termos como “ataraxia química” para designar os benefícios de certos neurolépticos administrados para tratar de ansiedade, tensão e stress; e “quimioterapia das emoções”. Parecia corroborar da tese da psicofisiologia de Delay e defendia que, embora os fatores ambientais (o contexto da vida agitada dos tempos modernos) tornassem os homens mais suscetíveis às “noxias emotivas” estas se desenvolviam internamente, em processos químicos complexos sobre os quais a psicofarmacologia, como um bálsamo, vinha atuar. O fato de circular nos meios científico-acadêmico, político e assistencial não deve ser desconsiderado na tentativa de compreender sua enorme produção bem como a influência que parece ter exercido entre outros pesquisadores brasileiros.

3 A MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA

3.1 A VIDA MODERNA E AS NOXIAS EMOTIVAS

Conforme mencionamos anteriormente, nos ensaios clínicos e teóricos escritos sobre o tema da psicofarmacologia ao longo da década de 1960 no periódico “A Folha Médica” quase sempre há uma introdução de cunho mais reflexivo sobre o quanto a modernidade havia favorecido o desenvolvimento de noxias emotivas. Essa reflexão era retomada, por vezes, ao final do ensaio. Escolhemos três artigos que versam sobre três “noxias emotivas” comumente entendidas como sinais de futuras afecções mentais: insônia, stress e angústia.

3.1.1 A Insônia

Iniciamos este tópico mencionando o ensaio teórico – visto que não é acompanhado de nenhum relato clínico – escrito pelo consultor médico do Laboratório Sandoz-Brasil, o psiquiatra Raphael Haenny, sobre o emprego de um medicamento: Sandoxal, feito à base de uma combinação entre três barbitúricos (fenobarbital, barbital e butalbital) e um neuroléptico, o cloridrato de tioridazina (derivado fenotiazínico) comercializado na época (1962) sob o nome de Melleril para quadros de ansiedade e insônia.

O ensaio inicia com a justificativa dada pelo autor de que a tioridazina, com sua ação tranquilizadora, agiria sobre o que ele chama de “emotividade patológica” sem afetar o aspecto psicomotor. Como “psico-equilibrante” propiciaria o relaxamento em relação à agitação e à tensão acumuladas ao longo de um dia inteiro “preparando” o organismo para o sono, cuja ação seria facilitada pelos barbitúricos (de ação hipnótica) contidos na fórmula de Sandoxal:

A indicação principal do Sandoxal, na patologia de $\frac{1}{2}$ a 2 comprimidos ao deitar, é o tratamento dos estados de insônia que se tornam cada dia mais frequentes e cuja causa reside principalmente na tensão e na agitação da vida hodierna. Sob este aspecto podemos considerar esse medicamento como preenchendo integralmente, pelas suas propriedades farmacológicas, o fim a que se dispõe: eliminar a tensão nervosa conseqüente da agitação e

permitir que sedativos de excelente tolerância possam agir em dose sublinhar par proporcionar um sono rigorosamente idêntico ao sono do indivíduo sadio.³³⁵

Consideramos importante destacar que o autor reconhece como efeito desencadeador da insônia não um distúrbio endócrino ou químico, mas algo relacionado ao contexto dos indivíduos: a agitação e a tensão decorrentes da vida moderna. No entanto, defende a administração de um medicamento feito à base de três barbitúricos (cujos efeitos são hipnóticos e anticonvulsivantes) e um neuroléptico (tranquilizante) a pessoas sem diagnósticos de perturbações mentais graves (como surtos, delírios ou alucinações) e que mesmo assim são consideradas emotivamente patológicas pelo fato de não conseguirem dormir.

Ao proporcionar um sono “idêntico ao de um indivíduo sadio” o medicamento (e o saber médico que o respalda) elimina quimicamente o episódio da insônia, que, no entanto, conforme o próprio médico reconhece, é uma reação a uma vida agitada, tensa. O estado insone, um sinal psíquico de que algo não vai bem no dia-a-dia do indivíduo, um alerta do organismo que poderia levá-lo a repensar sua rotina é abafado, contido por medicamentos que o tranquilizam (impedindo-o de se agitar) e o sedam (impedindo-o de pensar em sua condição). É acalmado e sedado e suas defesas psíquicas frente à pressão da vida moderna, encaradas como patológicas, são desarticuladas, diretamente no cérebro.

3.1.2 O Stress

Em artigo datado de 1966, de autoria de José Caruso Madalena e publicado na revista “A Folha Médica” percebemos a mesma tendência, ou seja, após uma reflexão sobre a pressão exercida sobre o psiquismo pelos fatores econômicos, sociais e culturais decorrentes da modernidade, a defesa da administração de um tranquilizante maior (neuroléptico) para quadros de stress e ansiedade manifestos em indivíduos considerados sadios, sem histórico de delírios ou alucinações em decorrência de um estado maniforme ou esquizofrênico.

O autor inicia mencionando que em 1956, o médico húngaro Hans Selye (1907-1982) em obra intitulada *The Stress of Life* apresentava ao mundo o resultado

³³⁵ HAENNY, Raphael. Considerações farmacológicas sobre nova associação medicamentosa – tioridazina + barbitúricos (Sandoxal). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 44, n. 2, Fevereiro de 1962, p. 115-117, p. 117.

de suas pesquisas sobre o *stress*. Originariamente empregado na Física, o termo designava o nível de distorção apresentado por um material após sofrer grande pressão. Selye realizou a transposição do conceito para a Biologia e para a Medicina com o intuito de compreender o esforço realizado pelos organismos vivos – e, em especial, pelo corpo humano – para reagir e enfrentar situações de grande tensão em que seu equilíbrio interno se vê ameaçado. Citando Selye, Madalena disserta sobre o quanto a vida moderna “tensa na conquista do tempo e do espaço” contribuiu para o aumento dos elementos físicos e mentais que levam os indivíduos à estrição. “E dir-se-ia que a vida moderna, tensa na conquista do tempo e do espaço, vem aumentando aqueles fatores físicos e mentais que levam o homem à estrição. É preciso protegê-lo, na falta de uma profilaxia primária natural, impossível pela contingência paradoxal dos tempos, pois a civilização cobra juros altos ao conforto que proporciona...”³³⁶

Eis, segundo Madalena, a “contingência paradoxal” dos tempos modernos na década de 1960: o homem, na mesma medida em que conquistara maior nível de comodidade material, submeteu-se a estados de tensão e estrição que ocasionaram fortes abalos seu sistema físico e emocional. E qual a solução apresentada pelo autor? A medicação da mente, a quimioterapia das emoções, mediante o emprego de psicofármacos como o cloridrato de flufenazina, um neuroléptico descoberto pouco menos de uma década antes e que era indicado, até então, preferencialmente para casos de esquizofrenia:

É preciso protegê-lo, [o homem] na falta de uma profilaxia primária natural, impossível pela contingência paradoxal dos tempos, pois a civilização cobra juros altos ao conforto que proporciona. O homem moderno é um homem tenso. A química, depois de ter dado sua extraordinária contribuição contra os agentes estritores infecciosos, viria amparar o homem contra as noxias emotivas comprometedoras da sua saúde mental. E mesmo a quimioterapia psíquica está se constituindo o coadjuvante obrigatório de toda a terapêutica. Os medicamentos psicotrópicos já transbordaram do campo estritamente psiquiátrico e difundem-se por todas as especialidades médicas como tratamento complementar.³³⁷

Segundo Madalena, em pequenas doses, o neuroléptico poderia ser um poderoso coadjuvante no tratamento do *stress*, pois agiria de modo inverso ao tratamento com choque (químico ou elétrico): enquanto este conduziria a um estado

³³⁶ MADALENA, José Caruso. O uso do cloridrato de flufenazina em pequenas doses nos estados de tensão e ansiedade. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, V. 52, N.3. 1966, p. 181-194. P. 45-46

³³⁷ Id.

de emergência, de alarme, a neurolepsia teria como principal característica a desmobilização das defesas, o relaxamento. Em outras palavras: uma forma química de preservar o organismo da estrição psíquica.

Note-se que, diante da impossibilidade de modificar o contexto supostamente causador do *stress* – a agitação do “mundo moderno” – o que o doutor Caruso Madalena propõe, com a administração de um neuroléptico a indivíduos que não sofrem de doenças mentais, é uma espécie de “ataraxia química”, a imperturbabilidade da mente e do corpo diante do meio. Necessário ainda salientar que ao defender o emprego de um neuroléptico para casos de tensão, stress e ansiedade, amplia o espaço de administração desse tipo de medicamento para além das psicoses, incluindo também as neuroses, contribuindo para que outras especialidades médicas possam se “beneficiar” das recentes descobertas da química psicofarmacológica.

A etiologia da ansiedade é complexa e muitas vezes obscura, e não iremos aqui excogitar das diversas naturezas da ansiedade. O que importa é focalizar o seu aspecto fundamental de tensão. No estado ansioso, especialmente quando êle é intenso, um sentimento de incapacidade pode conduzir a estado de depressão que pode predominar e revestir o quadro (Larkin). A observação clínica vem comprovando que a flufenazina é capaz, em pequenas doses, de fazer desaparecer a ansiedade e a tensão, sem causar sedação ou a incômoda depressão por super sedação; como conseqüentemente, nas graves tensões, também, a vivência depressiva.³³⁸

Diferentes quadros e graus de ansiedade, de naturezas distintas – e cuja gênese não constituía o interesse do médico – poderiam ser tratados, segundo Caruso Madalena, com um único medicamento, o cloridrato de flufenazina, variando-se, tão somente, a dose. Na sequência, cita os experimentos feitos por K.M. Fraser, de Liverpool. A referida fonte teria realizado estudos práticos com a administração de flufenazina em crianças. Os resultados parecem ter animado o Doutor Caruso Madalena a defender o emprego da droga para casos de “acentuada tensão infantil” para crianças acima de 5 anos:

Vale citar a investigação feita por Fraser. Este pesquisador de Liverpool, reconhecendo embora que a psicoterapia tenha tomado importante lugar na psiquiatria infantil, lembra que as drogas tornaram-se um poderoso auxiliar da psicoterapia e, em algumas situações especiais, mesmo o recurso terapêutico eficaz. Administrou a flufenazina em comprimidos de 0,25 mg e 0,5 mg e, nos últimos períodos do ensaio, sob a forma de agradável xarope. A posologia foi inicialmente baseada no tratamento com 0,25 mg diários em crianças acima de 5 anos, aumentando gradativamente segundo as necessidades. A droga foi bem tolerada

³³⁸ Ibid., p. 51.

pelas crianças. Em 16 casos, registrou cefaléia e vertigem em uma menina sob o efeito de 1,5 mg diários, e cefaléia e excitação em um menino com 2 mg diários. Como se sabe que a cefaléia pode aparecer em adultos somente com 0,5 mg diários, pensa Fraser, com razão, que as crianças parecem tolerar relativamente doses maiores do que os adultos. Os ensaios do cientista inglês mostraram excelentes resultados em 9 casos com acentuada tensão infantil.³³⁹

Em que pese o fato de o médico inglês ter diagnosticado quadros de encefaléia e vertigem entre as crianças utilizadas em seus experimentos, considerou os resultados satisfatórios e chegou mesmo à conclusão de que crianças conseguem tolerar doses diárias de flufenazina superiores às toleradas pelos adultos, sobretudo se forem ministradas sob a forma de “um agradável xarope”. José Caruso Madalena, ancorando-se nesse tipo de experimento, sente-se seguro ao afirmar que o uso da flufenazina tinha sido coroado de excelentes resultados em casos de “tensão neurótica infantil”.

3.1.3 Tensão e Ansiedade

Finalizamos o tópico com a análise do artigo publicado em 1969 e escrito pelo médico brasileiro Wander Cavalcanti. De um modo geral, observamos neste texto uma tendência que vinha se firmando, entre os psiquiatras estudados, na segunda metade da década de 1960: a gradual substituição, em casos de tensão e ansiedade, dos tranquilizantes maiores (os neurolépticos) por ansiolíticos da família dos benzodiazepínicos (tranquilizantes menores).

Na parte introdutória de seu artigo, à semelhança de outros do mesmo período e publicados no mesmo periódico, faz menção a complexidades da sociedade moderna e como exerce pressão sobre os indivíduos, desencadeando quadros de tensão e ansiedade de modo cada vez mais crescente, abrangente e agravado:

A sociedade atual, pela complexidade de suas inter-relações e multiplicidade das obrigações e tarefas a que sujeita o indivíduo, tem dado origem a um incremento na incidência de quadro psicógenos nos quais, predominantemente, e segundo assinalaram vários autores, o conjunto angústia-ansiedade vem assumindo características de um fator constante e em agravamento paulatino.³⁴⁰

³³⁹ Id.

³⁴⁰ CAVALCANTI, Wander B. Observação clínica de um novo tranqüilo-relaxante derivado das benzodiazepinas. **A folha médica**, Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 59, n. 2, Ago.1969, p; 189-194. P. 189.

Após descrever a composição química e a apresentação física do benzodiazepínico comercializado com o nome de Adumbran e produzido pelo laboratório Boehringer e Cia. Ltda, e citar as conclusões de outros autores sobre a testabilidade da toxicidade de seus componentes em ratos, relata a casuística empregada em seu estudo. Selecionou 25 pacientes tratados em consultório, destes, 13 mulheres e 12 homens, cujas idades variavam entre 12 e 80 anos, assim distribuídas: “Quanto às idades, 5 pacientes situavam-se na faixa etária dos 12 aos 20 anos, 3 casos na dos 21 aos 30 anos, 5 casos na dos 31 aos 40 anos, 6 casos na dos 41 aos 50 anos, 1 caso na dos 51 aos 60 anos, 2 na dos 61 aos 70 anos e finalmente, 3 casos na dos 71 aos 80 anos.”³⁴¹

Destaque para a multiplicidade de diagnósticos envolvidos no experimento e que, segundo o pesquisador, apresentavam como característica comum sintomas (taquicardia, anorexia, insônia, inquietação), indicativos de tensão e ansiedade:

Psicose involutiva senil	2 casos
Enurese noturna tensional	2 ”
Hiperexcitabilidade nervosa.....	2 ”
Gastroneurose	1 caso
Neurose depressiva alucinatória	1 ”
Instabilidade emocional	1 ”
Neurose de angústia	1 ”
Ansiedade dos estudantes	1 ”
Tensão pré-menstrual	1 ”
Psicose de Korsakoff.....	1 ”
Neurose fóbica	1 ”
Astenia cerebral	1 ”
Depressão psico-reacional afetiva	1 ”
Neurose traumática	1 ”
Psicose depressiva senil	1 ”
Tensão noturna nervosa	1 ”
Ansiedade neurótica	1 ”
Bôlo histérico	1 ”
Agorafobia	1 ”
Cardioneurose fóbica	1 ”
Neurose de angústia e pseudo-parquinsionismo ..	1 ”
Psicose endógena com impotência tensional	1 ” ³⁴²

Alguns aspectos nos chamaram mais a atenção que outros nessa tabela. Primeiramente a precocidade de alguns pacientes tratados com o medicamento: cinco deles com idade entre 12 e 20 anos, portanto, na fase da adolescência, e em se tratando da época e contexto em que o artigo foi escrito – 1969 – com todas as tensões sociais decorrentes das mudanças de comportamento relacionadas à

³⁴¹ Ibid., p. 90.

³⁴² Ibid., p. 191.

revolução contracultural ocorrida, principalmente, no âmbito juvenil, é lícito pensar que angústia e ansiedade nessa fase da vida sejam comuns, mas será que necessariamente indicariam uma patologia passível de ser medicada com ansiolíticos? Por outro lado, a maioria dos pacientes envolvidos no estudo com o medicamento situam-se na faixa etária dos 21 ao 50 anos, ou seja, a fase mais tensa da vida, a fase adulta, que demanda mais responsabilidade, e consequentemente, gera mais stress e tensão.

Outro ponto que chamou nossa atenção foi o aspecto extremamente minucioso da classificação nosológica por ele adotada, embora não mencione diretamente qual a fonte bibliográfica em que se baseou. Devemos considerar que é uma classificação até certo ponto sofisticada do ponto de vista da ingerência psiquiátrica sobre os afetos, sentimentos e comportamentos humanos, que considera como patológica, por exemplo, a tensão pré-menstrual, a ansiedade de estudantes em época de provas ou algo extremamente amplo e vago, tal como “instabilidade emocional” (afinal, que ser humano estaria livre dela?).

No tocante aos resultados e conclusões, aponta que todos os pacientes relataram melhoras acentuadas já a partir da segunda consulta, como exemplos citamos o caso de uma pessoa idosa (nominada como “caso 11”) em que tinha cessado a incontinência urinária (talvez porque com a administração do ansiolítico tenha passado a dormir a noite toda?). Nos casos da anorexia e emagrecimento, observou a volta do apetite e o retorno a um peso considerado saudável.³⁴³

Na terceira semana, continua, 15 pacientes tiveram alta, mas prosseguiram com a medicação, embora em dose diminuída. Dos dez restantes, 9 obtiveram alta na quarta semana, à exceção de uma jovem de 17 anos. A mesma apresentava hiperexcitabilidade nervosa com tiques, ocasionados por forte abalo emocional sofrido em decorrência do fato de a mesma quase ter sido atropelada. O autor credita o não retorno da mesma à consulta ao fato de possivelmente ter melhorado...³⁴⁴

³⁴³ Ibid., p. 192.

³⁴⁴ Ibid., p. 192-193.

3.2 “PATOLOGIAS EMOTIVAS”: FENÔMENOS TANTO SOMÁTICOS QUANTO PSÍQUICOS

Um tema recorrente nos artigos analisados é o entendimento de que os fenômenos psíquicos patológicos têm uma conotação tanto psíquica quanto somática, sendo que por vezes um desequilíbrio emocional pode desencadear patologias físicas e vice-versa, corroborando dessa maneira, com a doutrina psicofisiológica de Delay.

Os casos mais comumente relatados são pacientes que iniciam um tratamento em decorrência de uma enfermidade orgânica – taquicardia, por exemplo – e que ao serem examinados pelo médico especialista, são encaminhados para o psiquiatra uma vez que os sintomas relatados não têm correlação com nenhuma doença física, mas resultam da influência de quadros de tensão e ansiedade, conforme destacamos no estudo conduzido por Lima et. al em 1971:

Que a doença é um acontecimento tanto somático quanto psíquico e que êstes formam uma unidade indivisível correspondem a afirmações óbvias. Assim, é raro rotineiro a observação de pacientes que, no decurso de enfermidade predominantemente orgânica, exibem sintomas de esfera psíquica de gradação variada, servindo como exemplo mais significativos a tensão e a ansiedade. O oposto também constitui evidência, isto é, o distúrbio psíquico reflete-se através de sintomatologia especial em qualquer sintoma orgânico, que que êste apresente, realmente alteração estrutural.

Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Agnaldo D. Souza reitera, em artigo publicado no mesmo ano e no mesmo periódico, que sintomas aparentemente relacionados ao aparelho cardiovascular podem ser (e muitas vezes o eram de fato) internalizações somáticas decorrentes de quadros de tensão e ansiedade psíquica.

Muitos pacientes, sem doença orgânica, referem sintomas aparentemente relacionados ao aparelho cárdio-vascular, talvez motivados pelo conhecimento da elevada incidência de doenças cardíacas na população geral. Por outro lado, muitos cardiopatas exibem, com freqüência, sintomatologia não dependente de sua cardiopatia, enquanto outros exacerbam manifestações dela decorrentes. A ansiedade é o denominador comum a todos êsses pacientes. Como terapêutica isolada ou, quanto presentes a doença circulatória, associado a medicamentos específicos, torna-se necessário, muitas vêzes, o uso de um tensiolítico.³⁴⁵

³⁴⁵ SOUZA, Agnaldo. Cloridrato de doxepina em ansiedade. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 62, n. 4, abril de 1971. p.505-509. P. 105-106.

Sendo a ansiedade um sintoma comum tanto entre os pacientes que efetivamente apresentam doenças cardíacas como entre aqueles que julgam as possuir, o médico realizou um estudo duplo-cego com o cloridrato de doxepina, um psicoativo da categoria dos tricíclicos fabricado, na época, pelo laboratório Pfizer Química Ltda sob o nome de Sinequan, o qual “gentilmente” (expressão correntemente empregada pelos autores) cedeu amostras para o estudo em questão.

A observação foi realizada com dois grupos de vinte pacientes de ambulatório, todos com sintomas pronunciados de ansiedade sendo uma parte destes matriculados no Hospital Prof. Edgard Santos. Os grupos foram nominados como Grupo A e Grupo B e a ambos foram ministrados comprimidos de aspecto e peso idênticos (10 mg) sendo que um deles continha o medicamento e outro, era apenas um placebo. O grupo A, recebeu o placebo, o grupo B, recebeu sinequan.³⁴⁶

Os grupos recebiam medicamento e placebo alternadamente (estudo duplo-cego) e as doses foram modificadas ao longo das semanas, iniciando com 30 mg ao dia (três comprimidos) na primeira semana e chegando ao máximo de 6 comprimidos ao dia em três tomadas (60 mg).³⁴⁷ Segundo o autor, ao final de quatro semanas, 85% dos pacientes integrantes do grupo B apresentaram melhora moderada, boa ou acentuada em relação à eliminação dos sintomas, enquanto que no grupo A esse total foi de apenas 45 %. Entre os efeitos colaterais, a sonolência foi o que mais se sobressaiu.³⁴⁸

Esse estudo, que aparentemente nada tem de excepcional em relação a tantos outros do gênero, pode nos fazer indagar sobre a seguinte questão: até que ponto, eliminar a ansiedade das pessoas, sejam elas portadoras de doenças cardiovasculares ou não, deixá-las mais calmas, livres das tensões, propiciando sonolência e tranquilidade psíquica, seria realmente necessário – e saudável? É interessante notar essa associação somático-psíquica entre doenças cardiovasculares-noxias emotivas-vida agitada. A ansiedade, o stress, enquanto respostas do psiquismo a um ritmo de vida que prejudicava tanto o corpo quanto a mente, podiam ocasionar taquicardia, boca seca, fôlego curto, respiração difícil, sensação de falta de ar. Sintomas que podem parecer relacionados a doenças

³⁴⁶ SOUZA, Agnaldo. Cloridrato de doxepina em ansiedade. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 62, n. 4, abril de 1971. p.505-509. P. 105.

³⁴⁷ Ibid., p. 106.

³⁴⁸ Ibid., p. 106-107.

cardíacas, ou que podem mesmo desencadeá-las. Ao fazer desaparecer esses sintomas, o indivíduo perde o alerta somático-psíquico de que seu corpo está no limite do suportável, e ele continua a suportar uma existência doentia, medicado e feliz.

Os casos a seguir são um exemplo disso. Quem o relata para nós não é um psiquiatra, mas um cardiologista: o médico Carlos Henrique de Andrada Gomide, na época (1978) Chefe do Serviço de Cardiologia da Policlínica Felinto Müller, parte da divisão de Associação Médica da Secretaria de Segurança Pública do Rio de Janeiro. Tratava-se de uma clínica que atendia especificamente policiais.

O estudo por ele realizado teve como “materiais” vinte pacientes da clínica, em sua maioria, policiais do sexo masculino, suas esposas e dependentes menores de vinte e um anos. Metade desse grupo apresentava sintomas como angústia, depressão, ou ainda, angústia + depressão, além de distonias neurovegetativas que os levaram a crer que tinham sinais de problemas cardíacos e indo, por isso, se consultar com cardiologistas. A outra metade do grupo, apresentava sintomas de leve patologia cardiovascular (taquicardia, tensão arterial leve) mas que pareciam mais graves (ou manifestavam-se de forma mais intensa) devido à evidência e predominância de sintomas psíquicos, especialmente, tensão e ansiedade.

A esses dois grupos, o médico administrou uma combinação de dois medicamentos: sulpiride (neuroléptico da família das benzamidas) e bromazepam (ansiolítico da família das benzodiazepínicas), combinação essa fornecida pelo laboratório Delagrangue-Farmos Produtos Farmacêuticos S/A. Foram ministradas diariamente duas (e em alguns casos, três) cápsulas, fracionadas em intervalos de 8/8h contendo 1 mg de bromazepam para cada 25 mg de sulpiride ao longo de três semanas.³⁴⁹ O autor e sua equipe apresentam a casuística de cada um dos pacientes envolvidos no experimento destacando o quadro clínico, uma breve anamnese, características do tratamento com a associação medicamentosa, resultados e conclusões.

Os pacientes são delegados, investigadores, policiais das ruas (na ativa e aposentados) e suas esposas, em sua grande maioria, donas de casa. Nos homens observamos a relação entre sintomas cardíacos e a combinação

³⁴⁹ GOMIDE, Carlos Henrique de Andrada. Avaliação clínica do F/D- 1-25 (Sulpiride-Bromazepam) em cardiologia em pacientes portadores de ansiedade e depressão. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 2, agosto de 1978, p. 131-139. P. 131-132.

tensão/stress/ansiedade decorrente dos perigos e desafios inerentes à sua profissão. Consideremos o contexto: era o ano de 1978, no Rio de Janeiro, em que ainda se vivia sob uma ditadura militar no Brasil, conjunto em que policiais militares viviam às voltas não apenas com a investigação e repressão à crimes comuns, mas também a crimes considerados políticos. Já nas mulheres, as queixas decorrem da combinação ansiedade+angústia; ansiedade+depressão. Na anamnese relatam que sua tristeza e ansiedade seriam motivadas por brigas constantes com os maridos, por casamentos infelizes, por sentirem-se desvalorizadas e subjugadas no ambiente doméstico, por seus companheiros as tratarem com grosseria ou indiferença. Há ainda relato de sensações de pânico referentes à violência enfrentada pelos policiais nas ruas ou à “depressão” relacionada ao luto de uma pessoa querida falecida recentemente, situação que atrapalhava o bom desenvolvimento das funções profissionais e que se manifestava sob a forma de palpitações, taquicardias, pressão arterial elevada, entre outros sintomas. Vejamos a seguir, alguns desses casos.

PACIENTE:	A. I. G
IDADE:	62
SEXO:	M
COR:	Br
TRABALHO:	PoliciaI aposentado
MEDICAÇÃO ANTERIOR:	Diazepínicos, diuréticos e dieta hipossódica.
	Resultado: Regular
DIAGNÓSTICO:	H.A leve. Ansiedade.

Início da doença há cerca de dez anos, fazendo tratamento com diazepínicos, diuréticos e reserpina em pequenas doses. Relatou que sua PA situava-se no início em 200x120, porpém, tais cifras nunca foram verificados neste Serviço. Tem RX de coração com aumento de AC à custa do VE. Fundo de olho II-G. Bioquímica sanguínea normal e ECG com HVE (3 traçados). Desde o início do tratamento nesta Policlínica, apresentou cifras tensionais em torno de 170x105, aparelho cardiovascular compensado. Tensão e ansiedade permanentes. Insônia moderada por surtos periódicos. Em janeiro de 1976 morreu seu filho, diabético desde a infância, a seu dizer por choque hipoglicêmico. Desde esta época, em todas as consultas, demonstrou ansiedade intensa e choro constante. Diz não sentir mais prazer na vida, desejando morrer. Iniciamos o tratamento com F/D-1-25 x2 em 5/05/76, devendo retornar em uma semana para revisão.

12/05/76 – Não mais chora. Sente-se animado: PA -160x95, melhorando do estado ansioso, medicamento: F/D-1-25 x3/dia + Diurético.

26/05/76 – Sente-se muito bem. Praticamente sem sintomas. PA – 155 x 90.

Conclusão:

No presente caso, achamos associação medicamentosa muito eficaz.

Resultado: MUITO BOM³⁵⁰

Observemos a situação. Um policial aposentado, com sessenta e dois anos de idade. Embora isso não tenha sido informado, é possível que o início dos

³⁵⁰ Ibid., p. 132.

sintomas de ansiedade tenham se dado quando de sua aposentadoria. Apresentava-se tenso, insone e, sobretudo, triste, quadro que se agravou sobremaneira em janeiro de 1976, quando da morte do seu filho. A experiência com a administração de sulpiride + bromazepam teve início em maio de 1976, cinco meses após a morte do jovem.

Após anos de angústia, meses chorando, querendo morrer também, apresentando ansiedade, pressão alta, tensão e angústia, eis que em uma semana de tratamento medicamentoso, simplesmente nada disso mais acontece. Não mais chora, sente-se animado, sem sintomas. Em uma semana, as dores emocionais de uma vida, são aplacadas. Até o luto some. Sente-se animado, disposto, bem.

É interessante como o fato de parar de chorar, voltar a dormir e de sentir-se animado para o retorno às atividades cotidianas são entendidos como sinais de melhoria psíquica, como se a tristeza – ainda que decorrente de uma situação de luto – fosse sempre entendida como patológica. Bastaram três doses diárias de uma combinação de neuroléptico + ansiolítico potente ao longo de uma semana para dissipar as dores de uma vida. Como seria possível, ao saber médico, não ver nessa medicação uma solução eficaz, científica, promissora, para alguns dos maiores flagelos psíquicos dos indivíduos em tempos modernos? Pílulas que dissipam o sofrimento, em poucos dias, simples assim.

No entanto, o que não é posto em questão, é que os fatores que causam esse tipo de sofrimento – a morte de um ente querido, um casamento fracassado, um trabalho extenuante, uma rotina atordoante – continuam a existir e podem voltar a incomodar assim que a dose indicada não for mais suficiente, demandando uma dose ainda maior ou, até a substituição do medicamento. Como vimos, o policial aposentado já vinha sendo tratado com ansiolíticos, mas eles já não resolviam, daí a necessidade de substituição por um novo ansiolítico, mais potente, associado ao um neuroléptico.

É o caso de algumas mulheres de policiais, que fizeram parte do experimento, como o relato que selecionamos a seguir:

PACIENTE: R.G.L
IDADE: 28
SEXO: F
COR: Br
TRABALHO: Doméstica
MEDICAÇÃO ANTERIOR: Benzodiazepina + Antiarrítmico
Resultado: Nulo
DIAGNÓSTICO: Angústia. Depressão permanente.

11/05/76 – Paciente longilínea, magra, apresentado sintomas digestivos vagos (dor epigástrica e constipação intestinal) compareceu acompanhada pelo marido encaminhada pelo seu clínico particular, tem *apresentado* extrassístolia. Desajuste conjugal a nosso ver por desnível entre a truculência do marido e a sensibilidade da esposa. Dispnéia suspirosa, insônia e irritabilidade emocional; tristeza e melancolia. Palpitações durante o dia. Exame cardiológico demonstrando aparelho cardiovascular compensado, coração e tamanho e conformação normal aos RS, bioquímica sanguínea normal; Ausculta – arritmia. SS ++ suave de ponta. ECG apresentando estrassístolia ventricular rara. Medicação: F/D-1-25x3 + Verapamil cloridrato.

19/05/76 – Sem sintomas. Relacionamos o desaparecimento da extrassístolia ao uso do Verapamil cloridrato neste caso administrado como antiarrítmico. Muito animada com o tratamento, melhoradas suas relações familiares. F/D-1-25x3; Verapamil cloridrato.

02/06/76 – Sente-se muito bem. Sem arritmia, sem queixas relacionadas com seus antigos problemas. F/D-1-25x3; Verapamil cloridrato.

Conclusão: Já ao sétimo dia a remissão dos sintomas foi total. Resultado excelente.

Resultado: MUITO BOM.³⁵¹

Procuremos visualizar essa jovem mulher: branca, alta, magra, delicada. Escutemos seu coração: ele bate descompassadamente, apresenta-se arritmica, ansiosa, triste, melancólica. Chora, suspira, passa noites em claro. Já nas primeiras vezes em que o cardiologista a atende – sempre acompanhada do marido – suspeita da origem dos sintomas psicossomáticos que ela apresenta: o desnível entre sua delicadeza e a truculência do marido. As relações familiares não vão bem, e ela está sempre chorosa, suspirosa, arritmica, porém, submissa: o marido é truculento e nem ao médico ela vai sozinha.

Mesmo tendo suspeitado de que o problema todo gira em torno de um casamento infeliz para um dos cônjuges, tendo a jovem se apresentado para uma consulta com um cardiologista e este cogitado que a origem dos problemas cardíacos fosse psíquica, o médico a insere no estudo que está realizando e ministra juntamente com a combinação neuroléptico + ansiolítico, um arrítmico. E o que acontece alguns dias depois? Como “um milagre” a jovem se mostra completamente diferente. A face que antes denotava sofrimento, agora parece mais animada, seu coração bate em ritmo equilibrado e seu sono parece normalizado. No sétimo dia,

³⁵¹ Ibid., p. 134.

remissão total dos sintomas. Relata sentir-se muito bem, inclusive não se queixa mais dos antigos problemas e demonstra melhora nas relações familiares.

O marido não deixou de ser truculento, nem ela de ser delicada e frágil. Mas, medicada, suas defesas contra um casamento infeliz – a tristeza, o choro, a insônia, a ansiedade e até a arritmia – são desarmadas, diretamente no cérebro, e ela passa a se comportar de uma maneira considerada adequada socialmente. Embora os problemas que um dia a fizeram se sentir triste tenham permanecido...

Vejamos ainda outro caso emblemático, dos vinte relatados pelo autor. Trata-se de um dos poucos em que o resultado do tratamento foi apontado como somente bom:

PACIENTE:	M.A.C
IDADE:	36
SEXO:	M
COR:	Parda
TRABALHO:	Agente de Polícia Judiciária
MEDICAÇÃO ANTERIOR:	Nenhuma
DIAGNÓSTICO:	Ansiedade

02/06/76 – O paciente procurou nosso Serviço por indicação de um colega de delegacia, que aqui se trata. É policial, dando plantões de 24/72 horas. Nos dias de folga, é vigilante do Serviço de Segurança do Jornal do Brasil. Estuda direito à noite. Sente-se cansado e ansioso. Tem dificuldade de concentrar-se nos estudos, apresenta-se nervoso e irritável. Palpitações. Tirou PA em um hospital e lhe informaram ser hipertenso.

O exame clínico nada revela de anormal, exceto níveis tensionais ligeiramente elevados e convergentes, que atribuímos às suas condições de vida. FO norma; RX e bioquímica sangüínea normais. PA 140x100. Medicação F/D-1-25x3 + Tônico.

10/06/76 – Bem disposto. Sem sintomas cardiovasculares. PA 140x80. Revela melhora quanto ao quadro de cansaço e perda de memória, melhorando seu rendimento nos estudos.

23/06/76 – Sente-se melhorado. Deverá entrar de férias no próximo mês, quando crê melhorar muito. PA -140x90. Palpitações ocasionais.

Conclusão: O resultado a nosso ver foi bom, embora sem a melhora espetacular de alguns casos estudados concomitantemente.

Resultado: BOM.³⁵²

A anamnese relata a situação de um homem adulto, porém jovem, na faixa dos 30 a 40 anos, que vive uma tripla jornada: é policial, cursa faculdade de Direito no período noturno e realiza serviço de segurança em uma empresa privada durante suas folgas como policial. Não nos é informado se é casado, mas acumula inúmeras tarefas, todas extenuantes e que exigem concentração, memória, boa disposição física e psíquica. E é justamente isso o que ele não estava conseguindo: nervoso, irritadiço, sem conseguir concentrar-se nos estudos, acreditava ter problemas

³⁵² Ibid., p. 137.

cardíacos. No entanto, o próprio médico que o atendeu, o autor desse estudo, reconheceu: os sintomas psicossomáticos apresentados decorriam não de uma patologia psíquica ou cardíaca, mas de suas condições de vida.

Condições essas que ele não queria (ou não podia) alterar. Diante desse paradoxo, procurou o médico que lhe incluiu no estudo com medicamentos psicoativos do tipo calmantes, ansiolíticos, relaxantes. Em poucos dias, a grande maioria dos sintomas tinha desaparecido, e o paciente dizia sentir-se bem, concentrado nos estudos e disposto para a dura rotina de trabalho. A proximidade das férias também o animava. A vida que o tinha tornado insone, irritado, ansioso, continuava do mesmo jeito. Já a sua mente, fora modificada com uma poderosa combinação psicotrópica, propiciando, assim, ainda que temporariamente, sua adaptação a um ritmo de vida que, para muitos, poderia ser considerado extenuante.

Não iremos nos delongar nos demais casos descritos, embora sejam igualmente interessantes. O que julgamos importante destacar ainda é que foram tratados com dois medicamentos, feitos a partir de substâncias químicas diferentes, descobertos em períodos diferentes e que tinham, em gradações diferentes e por diferentes mecanismos, funções que se combinavam entre si: um neuroléptico e um benzodiazepínico.

Os neurolépticos, inicialmente desenvolvidos e empregados para a contenção psíquica de quadros de delírio, agressividade e alucinação apresentado por pacientes maníacos e esquizofrênicos em surto (propiciando uma sedação sem desligamento com o meio, relaxando as defesas) eram conhecidos no meio médico como tranquilizantes maiores. Já os benzodiazepínicos, atarácicos, como vimos, ou tranquilizantes menores, acabam se difundindo como calmantes e ansiolíticos, destinados a tratar de indivíduos que não necessariamente apresentavam diagnósticos de transtornos mentais, apenas noxias emotivas – tensão, ansiedade, angústia, insônia, stress – decorrentes do embate cotidiano com a complexidade que se tornou levar a vida em tempos de exceção política, crescimento econômico relacionado à aceleração da industrialização, urbanização e, conseqüentemente, do ritmo de vida nas grandes cidades.

Segundo esse saber médico, ansiolíticos permitiriam que essas noxias, que sob outro prisma poderiam ser entendidas como defesas psíquicas, como alertas, fossem desarmadas e o organismo e o psiquismo desses indivíduos, adequados ao

mundo por eles criados. Uma forma eficaz de controle, porque agiria diretamente no cérebro e era reclamada pelos próprios indivíduos, que, para sentirem-se normais, úteis, saudáveis, solicitavam esse tipo de medicamento aos seus clínicos gerais, cardiologistas e psiquiatras.

O texto a seguir, parte do artigo publicado em 1973 por F.B. Martins, corrobora para essa nossa hipótese ao reiterar que fatores emocionais exercem influência sobre parâmetros biológicos e que esse processo pode ser estancado com a administração de benzodiazepínicos. Com a administração dessas drogas, alguns psiquiatras chegaram a afirmar ser possível modificar ou mesmo neutralizar certas influências psíquicas (ansiedade, tensão, stress, angústia, insônia) sobre fatores biológicos:

De fato, com o advento das benzodiazepínicas - substâncias dotadas duma ação tranquilizante muito maior que a do meprobamato e com uma margem de segurança terapêutica também muito maior - passou a ser possível, não só estudar a ação de fatores psíquicos sobre certos parâmetros biológicos, mas igualmente, modificar ou neutralizar essas mesmas influências psíquicas. Deste modo passou a poder dar um caráter experimental aos estudos sobre a etiopatogenia das doenças psicossomáticas.³⁵³

O processo de industrialização e urbanização no Brasil sofreu um salto considerável na segunda metade do século XX, invertendo a situação do início daquele mesmo século. Se até meados da década de 1940 a maioria da população brasileira vivia na zona rural, a partir dos investimentos do setor privado e público na dinamização da indústria, incrementando a produção de bens de consumo e estimulando a migração campo>cidade e favorecendo a urbanização, essa realidade começou a mudar, sobretudo, a partir de 1960/1970, nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

Desde então, o contingente populacional das capitais brasileiras nessas regiões aumentou consideravelmente, constituindo a centralização das atividades econômicas nos grandes centros urbanos uma realidade crescente e irreversível, conforme observamos pelos levantamentos estatísticos feitos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) durante o censo de 2010:³⁵⁴

³⁵³ MARTINS, F.B. Os medicamentos ansiolíticos em medicina psicossomática. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Científica, Vol, 67, n. 4, outubro de 1973, p. 703-720. P. 704.

³⁵⁴ Conforme: SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993. Ainda a esse respeito, verificar dados do IBGE: Censo IBGE 2000/2010. Disponível em: <http://confins.revues.org/docannexe/image/9801/img-4.jpg>. Acesso em: 26/01/2014.

Sendo assim, e considerando que as intermitências da vida numa grande cidade passam a ser sentidas por um número cada vez mais crescente de pessoas, é possível pensar que cada vez mais as pessoas passariam a precisar de ansiolíticos e antidepressivos para suportar suas vidas?³⁵⁵ Segundo a lógica dos artigos analisados nesta tese, sim, conforme podemos observar na fala de Fábio de Souza:

O crescente aumento das motivações capazes de manter o homem em situações emocionais constantes e permanentes constituiu fonte de preocupação, para o médico e para os laboratórios, no sentido de conseguir-se uma droga de baixa toxicidade, boa tolerância, sem efeitos colaterais e que promova a diminuição da tensão, da ansiedade, da depressão e da insônia.³⁵⁶

3.3 A DEPRESSÃO COMO UM PROBLEMA

Assim como a ansiedade, a depressão é vista como um problema a ser sanado, de forma objetiva, abrangente e eficiente, algo que só se efetivaria com o desenvolvimento de um poderoso antidepressivo, meta em prol da qual labutavam os psiquiatras, conforme destacava José Caruso Madalena: “Sabemos quanto longe estamos da droga antidepressiva completa. As pesquisas prosseguem objetivando a ação rápida e o efeito global e permanente”.³⁵⁷ Ou ainda, de acordo com as afirmações de A. F. Patrício em artigo publicado na mesma revista em 1980: “A busca de novos agentes antidepressivos está justificada e prossegue visando a obtenção de um composto que apresente ação terapêutica em menor tempo: com menor incidência de efeitos colaterais; com determinada ação específica ou que se apresente como terapêutica alternativa.”³⁵⁸

³⁵⁵ O fato de o Rivotril, nome comercial do benzodiazepínico clonazepam ter figurado, no ano de 2014, como um dos dez medicamentos mais vendidos em farmácias brasileiras (conforme destacado na introdução do nosso trabalho) talvez seja uma resposta à altura da nossa pergunta. A modernidade, a urbanização, a agitação e a tensão decorrente da vida tribulada nas grandes cidades, são processos que continuaram a acontecer, no entanto, em um ritmo cada vez mais crescente e desenfreado. E a solução parece continuar a mesma, só que abrangendo um número ainda maior de pessoas: a medicalização da tristeza e da angústia.

³⁵⁶ SOUZA, Fábio de. Ingresso de um novo membro (WY-4036) na série 1,4 benzodiazepínica – (II – ensaios clínico-terapêuticos). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 64, n. 5, maio de 1972. p. 1064-1077. p. 1064.

³⁵⁷ MADALENA, José Caruso. Ensaio preliminares com nova substância antidepressiva – a thiazenona (SQ 10.496). **A folha Médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 55, n. 4, outubro de 1967, p.647-657. P.649.

³⁵⁸ PATRÍCIO, A.F. Tratamento de estados depressivos com amoxapina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 80, n. 1, janeiro de 1980, p. 97-100. p. 97.

Além disso, relatam os psiquiatras estudados, existia a dificuldade por parte dos clínicos gerais em detectar a depressão e em diferenciá-la da ansiedade, fato que dificultaria também a administração do tratamento adequado, prossegue Patrício:

Embora não de [sic] disponha de dados estatísticos sobre a prevalência e a incidência da depressão, reconhecemos ser um distúrbio frequente e que apenas uma parte dos doentes deprimidos recebem tratamento adequado. Parece existir alguma dificuldade por parte do clínico geral no estabelecimento do diagnóstico dos estados depressivos e isto se deve ao fato de que a depressão e a ansiedade são sintomas que estão sempre presentes nesses estados. As queixas iniciais dos pacientes deprimidos são, freqüentemente, de natureza física, sendo que outras manifestações as mais comuns são: anorexia, fadiga, perda de peso, dores musculares, insônia, diminuição da libido sexual, perda de interesse pela vida, distúrbios gastrintestinais, dores osteomusculares etc. O diagnóstico de depressão é freqüentemente omitido entre as possibilidades diagnósticas ante um quadro similar, sendo que muitos destes pacientes são tratados como casos de ansiedade. Vale realçar que estes sintomas podem mascarar uma depressão subjacente onde a presença do sentimento de culpa não é percebido na história do paciente na qual se evidencia principalmente a ansiedade e/ou tensão.³⁵⁹

Se considerarmos válida a teoria de que a depressão estaria relacionada à falta de determinadas monoaminas no cérebro (como a serotonina) imaginemos o quão danoso seria para o paciente ser diagnosticado como neurótico ou ansioso sendo que na verdade, se encontraria deprimido. A medicação para a ansiedade consistia em relaxar as defesas, o que, quimicamente, tenderia a acentuar a depressão...

Da mesma forma que a ansiedade, os psiquiatras defendem que a depressão, enquanto uma afecção mental, por vezes estaria por trás de muitas das queixas de pacientes que procurariam os consultórios de outras especialidades (que a não a psiquiatria). Seriam de fato a causa de somatizações variadas, ou ainda, estas nada mais seriam do que manifestações hipocondríacas, espécie de delírios relacionados à depressão e à angústia:

Como bem salienta *Leme Lopes*, se o aumento da angústia e sua expressão generalizada na vida espiritual dos nossos dias têm sido suficientemente estudados e é aceita a separação básica entre a angústia neurótica e a angústia existencial, esta última própria à condição humana e para muitos até sinal precioso de sua autenticidade, a depressão traz sempre consigo uma conotação depreciativa, há sempre um esforço de dissimular e esconder sob uma fachada multiforme esse estado de ânimo. Não erramos ao afirmar que talvez mais de 50 % dos pacientes que procuram os consultórios dos internistas são na realidade portadores de quadros depressivos disfarçados sob as mais diversas queixas físicas e hoje em dia, com os progressos da quimioterapia, perfeitamente acessíveis aos esforços do médico clínico.³⁶⁰

³⁵⁹ Id.

³⁶⁰ PEREIRA, J.L.C; et.al. Op. Cit., P. 582.

A ausência de dados estatísticos, levantada por Patrício acima, aparece em artigo assinado pelo professor Marcio Versiani, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e publicado na revista “A folha médica” em 1981. Baseando-se em estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmava o autor que, embora os índices avaliados pela OMS fossem altos, eles poderiam ser ainda maiores, pois um grande número de “doentes” ou não chegava a ser avaliado e medicado como tal ou era tratado somente por clínicos gerais, restando apenas os casos mais graves para o atendimento psiquiátrico:

As depressões ocorrem em alta frequência na população. Estimativas da Organização Mundial da Saúde atingem 4%, ou seja, quatro em cada 100 pessoas. A maior parte dos casos não chega a receber qualquer cuidado médico. Uma proporção considerável é atendida por clínicos gerais e médicos de diferentes especialidades. Finalmente, uma pequena parcela, que compreende os casos mais graves, é assistida pelos psiquiatras. O tratamento adequado das depressões deveria ser possível nesses três tipos de casos, no primeiro através de programas de saúde pública, no segundo a partir de uma educação médica abrangente e no terceiro com a formação de bons especialistas. Problemas ocorrem nesses três níveis dependendo da realidade de cada país. O que é certo, porém, é que em nenhum pode ser considerado satisfatório o atendimento das depressões.³⁶¹

3.3.1 A Necessidade de Instruir os Clínicos Gerais

Tanto na fala de Patrício quanto na de Versiani um aspecto em comum: a advertência de que, muitos casos de depressão estariam sendo confundidos com ansiedade, tratados como ansiedade, ou ainda, como outras doenças ou nem estaria sendo tratados como tal, em virtude do diagnóstico equivocado de clínicos gerais e médicos de outras especialidades.

Essa denúncia descortina já uma segunda fase no tratamento psicofarmacológico: a sua disseminação entre médicos de outras especialidades, fato que muitas vezes é apontado pelos psiquiatras como responsável pelo agravamento dos quadros depressivos.

Lembremos que na década de 1960 e meados da década de 1970 isso parecia ser uma solução: a terapia das afecções e noxias emotivas ao alcance do clínico geral. Mas, no final da década de 1970 e início de 1980, transformava-se em

³⁶¹ VERSIANI, Márcio. Tratamento medicamentoso das depressões. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 82, Supl. 1, 1981. P 327-332. P. 327.

um problema: os psiquiatras passam a se preocupar cada vez mais com a exatidão dos diagnósticos de depressão realizados pelos clínicos:

Para que o clínico possa tratar a depressão ele terá, em primeiro lugar, de fazer um diagnóstico. Vamos tentar auxiliá-lo nesse sentido, descrevendo um espectro de manifestações que vão desde a tristeza normal até a mais grave depressão psicótica. A seguir mostraremos onde e como funcionam os antidepressivos dentre essas manifestações.³⁶²

Nos artigos desse período é recorrente na fala dos psiquiatras a preocupação com diagnósticos equivocados acarretando que determinados pacientes, quando chegam a um psiquiatra, já trazem uma trajetória de tratamentos inadequados relacionados a um histórico de tratamento com clínicos gerais, algo que se intensificava não apenas no Brasil, conforme denotam José Leme Lopes e Carvalho Neto:

Já foi dito que vivemos a idade da ansiedade. Acreditamos que seria também verdadeiro afirmar que atravessamos o período dos tranqüilizantes. Um Editorial do British Medical Journal (3 de agosto de 1974) chama a atenção para o que denomina o uso internacional dos tranquilizantes. No Reino Unido, entre 1965 e 1970, as prescrições desses medicamentos cresceram de 60%. Lá os clínicos possuem cerca de setenta desses produtos para o seu receituário. As recentes pesquisas em nove países da Europa Ocidental tentaram fixar a opinião do público sobre essas drogas. Usuários de tranqüilizantes se distribuem entre 17% dos entrevistados na Bélgica e França e 10% na Espanha. (...) No Brasil, anualmente se pode acompanhar o emprego dos psicotrópicos através do Índice Nacional de Terapêutica em Especialidades. Fica patente ao exame dos últimos anos que as prescrições de tranquilizantes e hipnóticos provém preferencialmente de clínicos gerais e não de psiquiatras.³⁶³

Talvez por isso, nos artigos desse período (1975-1985) notamos também a tentativa desses especialistas em instruir os clínicos quanto às classificações do estado depressivo, o uso das escalas - para mensurar ansiedade e depressão, diferenciando-as e avaliando sua gravidade – bem como a apresentação das várias classes de psicofármacos, sua história, propriedades e sua indicação específica:

Todavia, o avanço realmente notável da farmacoterapia psiquiátrica, deu-se entre 1947 e 1952, com a síntese da série química dos neurolépticos fenotiazínicos. A introdução dos antidepressivos inibidores da MAO e dos compostos tricíclicos imipramínicos, após 1957, foi o marco inicial da farmacoterapia antidepressiva. Ao lado dos neurolépticos e dos antidepressivos, a psicofarmacologia abriu novos horizontes, novos enfoques terapêuticos,

³⁶² Id.

³⁶³ LOPES, J. Leme; CARVALHO NETO, E. Pesquisa multicêntrica com um tranqüilizante: tacital. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 70, n. 4, abril de 1975, p. 371-375.

com o desenvolvimento dos ansiolíticos, alargando as perspectivas terapêuticas de quase todas as especialidades médicas.³⁶⁴

O que preocupa também esses psiquiatras é a dificuldade de clínicos gerais e médicos de outras especialidades em diferenciar tristeza comum de um quadro depressivo, fato que acarreta a medicalização excessiva e desnecessária de quadros que muitas vezes, não seriam patológicos:

A palavra depressão é de uso corrente, como um sinônimo de tristeza, às vezes designando um sentimento mais profundo ou mais duradouro. As pessoas dizem que estão deprimidas por isto ou por aquilo (...) o rótulo de depressão tornou-se recentemente muito popular entre os médicos e mesmo no público em geral. Síndromes as mais variadas são classificadas como depressão e nem mesmo a presença de uma alteração do humor no sentido de uma tristeza anormalmente profunda é exigida para que se faça o diagnóstico. (...) O acabrunhado, o ensimesmado, preocupado, irritado, desiludido, passou a ser deprimido. É como se devêssemos viver num eterno carnaval imunes à tristeza. (...) Chega-se ao absurdo de se prescrever antidepressores para alguém que perdeu um ente querido em circunstâncias trágicas e que em virtude disto sofre de um quadro de tristeza profunda. Se o medicamento acabasse com a tristeza – o que felizmente eles não fazem – se estaria inibindo uma reação de luto normal altamente necessária para o adequado desenvolvimento de uma personalidade.³⁶⁵

Algo muito importante e que merece ser frisado: Versiani, em 1981, ao tentar instruir os clínicos sobre como diagnosticar um quadro depressivo, se vale de quatro critérios elencados pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) presentes no DSM III, que acabara de ser lançado (em 1980). Essa é uma tendência que se afirma nos artigos sobre o diagnóstico de quadros depressivos, ansiosos e outras manifestações psíquicas ao longo da década de 1980 entre os psiquiatras que escreveram artigos para a Folha Médica. Algo que, como vimos, não aparecia nos artigos das décadas de 1960 e 1970 em relação aos DSMs I e II, por razões anteriormente levantadas.

Também notamos que para o termo depressão, nascido como categoria nosográfica, como vimos, na literatura psiquiátrica alemã e francesa da segunda metade do século XIX, foram sendo desenvolvidas subcategorias, ao longo, sobretudo, da segunda metade do século XX, notadamente com a descoberta das modernas drogas antidepressivas.

Dessa forma, nos artigos médicos escritos entre as décadas de 1970 e 1980, encontramos todo um espectro dentro da categoria depressão. De acordo com os

³⁶⁴ SOUZA, Fábio de. Avaliação clínica e psicofarmacológica de um novo benzodiazepínico da série 1,5: clobazam. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 1, julho de 1978, p. 81-86. P. 81.

³⁶⁵ Ibid., p. 328.

parâmetros adotados nesse período podemos inferir as seguintes definições para cada uma das classificações de depressão adotadas nesses artigos:

- **Depressão involutiva** – a que ocorre especialmente na velhice -;
- **Depressão endógena** – quando o quadro psíquico tem origem em fatores predisponentes, hereditários, um tipo de depressão cujas causas seriam internas, relacionadas à “hereditariedade degenerada” -;
- **Depressão reativa** – quando o evento psíquico origina-se como resposta a um evento principiante, sem o qual não existiria -;
- **Depressão neurótica** – quando as perturbações psíquicas são desencadeadas por um evento penoso reconhecido (perdas afetivas ou materiais) sem a presença de delírios e alucinações;
- **Depressão esquizofrênica** – quadro psíquico complexo, caracterizado pela revelação de sintomas depressivos já presentes em quadro de esquizofrenia mas que só se tornam perceptíveis na fase pós surto psicótico;
- **Depressão orgânica** – quando o evento psíquico é desencadeado por um evento físico, especialmente, por uma outra doença -.

Destas, a considerada mais grave era a chamada depressão endógena, na qual, segundo defendia Isaías Paim, poderia ocorrer, concomitantemente, a perversão do instinto de conservação e conseqüentemente, a ideação e prática suicida. Nesse tipo de depressão, a concepção do tempo era subvertida: o futuro passava a representar a repetição de um presente sombrio, estático, sem cor nem esperança e a morte auto infligida, uma saída possível e atraente:

Na maior parte dos casos de depressão endógena existe, concomitantemente, uma perversão do instinto de conservação, o que representa um perigo constante de tentativas de suicídio e mesmo da consumação do suicídio. (...) No depressivo há uma anulação do projeto, o futuro consiste na reprodução de um presente estativo, que se encontra, por sua vez, inteiramente limitado pelas culpas do passado. Nestas condições é perfeitamente compreensível que a morte seja a única saída possível para escapar de um sofrimento que se torna intolerável.³⁶⁶

No entanto, as formas mais comuns e que mais desafiavam os psiquiatras envolvidos com a experimentação de drogas psicoativas eram as chamadas

³⁶⁶ PAIM, Isaías. Aspectos fenomenológicos da depressão. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Científica, Vol. 54, n. 4, abril de 1967, p. 455-461. P. 460.

depressões reativa (ou situacional) e neurótica, especialmente pelo caráter caleidoscópico da primeira e subjetivo da segunda. Sua abordagem empírica era bastante complexa, conforme demonstram alguns estudos por nós analisados a seguir.

3.3.2 O Caráter Caleidoscópico das Depressões Reativas

O que chama a atenção nesses estudos, desde o final da década de 1960, é o relato sobre a pouca ou fraca eficácia dos antidepressivos tricíclicos para os quadros diagnosticados como “depressão reativa” ou “depressão situacional”, uma subcategoria das depressões caracterizada por se manifestar como desencadeada por um fator específico relacionado a alguma perda por parte do paciente: algo muito próximo, portanto, da tristeza comum. Diferente das chamadas depressões “endógenas” cuja origem seria interna, hereditária, as depressões reativas teriam causas externas, relacionadas aos abalos, desafios, perdas inerentes à vida cotidiana.

É o caso do artigo publicado pelo chefe da Divisão Psiquiátrica Forense do Manicômio Judiciário do Paraná, Dr. J.R. Grabowski.

Em artigo intitulado “Tratamento das depressões endógenas e neuróticas pela Doxepina” o autor relata suas observações e estudos com Doxepina (nome comercial Sinequan, um medicamento tricíclico). Destaca seu uso tanto em “depressões endógenas” (desvios melancólicos, episódicos, relacionados com o que se denominava na época como Psicose Maníaco-Depressiva, supostamente, de caráter hereditário) quanto em “depressões neuróticas”, do tipo reativo e situacional. Estas, também designadas, pelo autor pelo termo “distímias”, seriam desencadeadas por conflitos reprimidos – danos subjetivos associados a possíveis perdas - sobrepostos em um terreno neurótico.

Grabowski destaca o caráter caleidoscópico das depressões reativas e ressalta que, até o advento do medicamento Doxepina, a medicação consistia numa mera tentativa de propiciar ao paciente o alívio de sintomas - tais como a tensão e a

ansiedade – sendo em seguida o mesmo enviado para sessões de psicoterapia ou, quando se tratava de alguém com melhor condição financeira, para o “analista”.³⁶⁷

O medicamento é visto pelo autor como algo a suprir a lacuna deixada pelos tratamentos anteriores, uma vez que agiria fundamentalmente como antidepressivo, funcionando, simultaneamente, como ansiolítico e tensiolítico. O autor apresenta como fundamento para suas afirmações, “bem sucedidos” testes em laboratório realizados com animais e sua própria experiência com pacientes do Manicômio Judiciário do Paraná, do qual era o diretor na época.

Denominando os pacientes empregados no estudo de “material humano”, Grabowski selecionou 10 indivíduos, sem mencionar idade ou sexo e tendo apenas o cuidado de que parte do grupo apresentasse sintomas de depressão do tipo endógena e parte apresentasse sintomas de depressão neurótica. Seguindo as instruções do fabricante do medicamento, que recomendava posologia situada entre 30 mg e 300 mg diárias, administrou ao grupo de 10 pacientes, por duas semanas, 75 mg diárias de Doxepina, divididas em três tomadas: uma pela manhã, outra no lanche da tarde e outra ao dormir.

O pesquisador pôde observar que na dose acima descrita, os efeitos colaterais foram “muito discretos”, mas, nas doses acima de 225 mg esses efeitos se acentuaram (entre eles, casos de constipação intestinal “corrigidos” com laxantes) no entanto, segundo afirmação do autor, nada que impedisse a continuidade do tratamento. Afirma ainda que todos os pacientes envolvidos na experiência foram alertados dos efeitos colaterais, em especial, os neuróticos, pois segundo o médico, seu temor poderia levar ao abandono do tratamento. Resume os resultados numa tabela a seguir:

Significado	Nº de casos	Resposta total	Resposta parcial
Dep. Endógenas	5	80%	20%
Dep. Neuróticas	5	60%	40%
Total	10	70%	30%

(Fonte: GRABOWSKI, José Romildo. Observações preliminares com uma nova combinação psicotrópica antidepressiva – o Ro 4-6270. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.53, n.4, Outubro de 1966, p.667-678. p. 79).

³⁶⁷ GRABOWSKI, José Romildo. Observações preliminares com uma nova combinação psicotrópica antidepressiva – o Ro 4-6270. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.53, n.4, Outubro de 1966, p.667-678. p. 76.

Finaliza informando que a remissão parcial das depressões (não especifica qual tipo) se obteve entre 30 e 60 dias, com a manutenção das doses consideradas ideais até a remissão completa do quadro, sendo, posteriormente, reduzidas de forma gradual até sua eliminação ou aumentadas nos casos em que se observaram recaídas.

O argumento central do estudo de Grabowski – a defesa de que a Doxepina poderia se constituir no método mais eficaz de tratamento das depressões neuróticas – não se sustenta empiricamente, uma vez que quase metade dos pacientes assim diagnosticados apresentou apenas uma resposta parcial ao medicamento.

Além disso, o autor não indica em que manifestações do transtorno essa melhora se deu, se foi no tocante aos sintomas centrais ou secundários, também não especifica os efeitos colaterais registrados e muito menos quantas foram as remissões e quantas foram as recaídas.

Outro artigo sobre o emprego de antidepressivos tricíclicos relata a experiência de três médicos do Serviço de Neurologia e Psiquiatria do Hospital Central do Exército, publicado em 1969 na seção de Psiquiatria da Revista “A Folha Médica”. O texto, intitulado “Nossa experiência com a monoclóroimipramina nos estados depressivos” trata de observações realizadas durante a administração do tricíclico denominado “monoclóroimipramina”, comercializado pelo laboratório Geigy sob o nome de “Anafranil” para 51 pacientes, oito deles internados no Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria do HCE e 43 tratados em regime ambulatorial.

Chama a atenção, no início do artigo, a afirmação dos autores de que, com a descoberta da Iproniazida e, posteriormente, com o advento dos antidepressivos tricíclicos, foi alargado o horizonte do tratamento da depressão: com a quimioterapia o acesso ao tratamento seria mais fácil e amplo, podendo os medicamentos serem prescritos até mesmo pelos médicos de atenção primária e não necessariamente os depressivos teriam que ser atendidos por psiquiatras³⁶⁸. Situação que, como vimos, seria questionada uma década mais tarde.

Antes de relatarem os resultados de suas experiências com a administração de Anafranil aos 51 pacientes do HCE, os autores destacam os estudos

³⁶⁸PEREIRA, J.L.C; et.al. Op. Cit., p. 582.

internacionais desenvolvidos sobre o medicamento. Destacam, desde seu lançamento oficial, no 3º Congresso Mundial de Psiquiatria, ocorrido em Montreal, 1961, passando pela menção às numerosas comunicações feitas sobre o então novo psicofármaco, durante o Congresso de Madri, em 1966 e pelo relato de numerosos artigos internacionais publicados por médicos franceses, alemães e estadunidenses, sobre a administração de Anafranil a pacientes diagnosticados como portadores das então denominadas “depressões resistentes” e sua eficácia em comparação à placebos e IMAOS.

O grupo de pesquisadores do Serviço de Neurologia e Psiquiatria do Hospital Central do Exército apresentam a casuística adotada em sua pesquisa, as hipóteses, resultados e conclusões do estudo. Diferentemente de Grabowski, denominam os pacientes empregados na experiência como “material clínico” e assim especificam o grupo de 51 indivíduos: 38 mulheres e 13 homens, sendo que destes, o mais jovem tinha 15 anos e o mais velho 78 anos. O maior número de pacientes estava situado na faixa etária compreendida entre 30 e 50 anos (34 indivíduos) e o menor número situado na faixa etária entre 60 e 80 anos (4 indivíduos).

Por diagnóstico foi a seguinte a distribuição do nosso material:

Depressão involutiva	12 casos
Depressão endógena.....	8 casos
Depressão reativa.....	17 casos
Depressão neurótica.....	6 casos
Depressão esquizofrênica.....	5 casos
Depressão orgânica	7 casos ³⁶⁹

Informam que 29 do total de 51 pacientes nunca tinham sido submetidos a nenhum tipo de terapêutica antidepressiva enquanto os outros 22 tinham sido submetidos a vários tratamentos, inclusive, eletroconvulsoterapia, sem qualquer resultado em pelo menos 8 destes, classificados pelos médicos autores do artigo como “rebeldes à convulsoterapia”. Em pelo menos 4 pacientes fora registrado tentativas de suicídio e em um deles, isso se dava repetidamente.

³⁶⁹ PEREIRA, J.L.C; et.al. Nossa experiência com a monoclonoimipramina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 58, n. 4, p. 581-590. p.586.

O método adotado consistiu de administração por via oral (e em apenas três pacientes a forma injetável) de doses que variavam entre 25 mg (uma drágea) até quatro drágeas diárias (100 mg) tendo chegado a até cinco ou seis drágeas diárias, em alguns casos, e mantendo-se, posteriormente, a dose entre 25 e 50 mg diárias, ministradas em uma ou duas tomadas junto às refeições. Em nenhum dos casos foi ultrapassada a dose de 6 drágeas (ou 150 mg diários). Em 18 casos a administração de Anafranil foi realizada concomitantemente com um ansiolítico – Diazepam – pelo menos durante uma parte do tratamento, sendo o ansiolítico retirado durante a fase de manutenção.

Ao longo de sete meses de estudo, os médicos registraram os seguintes resultados clínicos.³⁷⁰

Indicações	Excelentes	Parciais	Nulos	Total
Depressão reativa	0	5	8	13
Depressão involutiva	9	3	0	12
Depressão endógena	2	3	3	8
Depressão orgânica	2	3	2	7
Depressão neurótica	1	3	2	6
Depressão esquizofrênica	1	4	0	5

(Fonte: PEREIRA, J.L.C; et.al. Nossa experiência com a monoclóroimipramina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 58, n. 4, p. 581-590).

Os melhores resultados teriam sido alcançados entre os pacientes portadores da chamada “depressão involutiva” (remissão em 75% dos casos e melhora acentuada em 25 % dos casos). Acentuam ainda os autores que bons resultados foram obtidos com os pacientes diagnosticados como portadores de depressões endógenas, orgânicas e em alguns casos de depressões neuróticas, e nenhum êxito absoluto nas chamadas depressões reativas, em que foram registrados 62% de fracassos, levando os autores a concluir que o medicamento é pouco eficiente para esse grupo de depressivos.

Em relação aos efeitos de Anafranil, concluíram que o mesmo possui efeito sedativo muito superior aos demais timoanalépticos tricíclicos com doses menores, sendo possível ainda administrá-lo concomitantemente com ansiolíticos. Efeitos

³⁷⁰ Ibid., p. 587.

colaterais em doses inferiores a 150 mg foram considerados pouco representativos pelo autores, no entanto, mais acentuados em portadores de depressão reativa. Entre esses efeitos, destacam: secura da boca, sudorese, sonolência, constipação intestinal, taquicardia e cefalalgia.

Os estudos desenvolvidos pelo grupo de médicos do HCE, chefiados pelo Doutor Pereira, nos permitem perceber a tentativa efetivada por esses profissionais em descobrir o antidepressivo ideal, psicofármacos capazes de resolver tanto as chamadas depressões endógenas e orgânicas, quanto as de fundo neurótico e reativas. No entanto, se deparam com uma dificuldade inesperada: o quadro designado como depressão reativa se apresenta mais resistente aos medicamentos, mesmo aos tricíclicos, considerados à época, a grande descoberta para o tratamento desse tipo de transtorno.

Isso porque a chamada depressão reativa era caracterizada, na época, justamente como aquela desencadeada pelas perdas inerentes à vida cotidiana: tristeza, luto que se prolonga por um tempo maior do que o considerado “normal” pelo saber psiquiátrico e que atinge outras esferas da existência. Uma tristeza que perdura, provocada pela dor da perda e que resiste aos medicamentos e à eletroconvulsoterapia. Uma tristeza resistente, mesmo aos mais potentes antidepressivos.

Um quadro de depressão poderia ser identificado a partir de alguns “sintomas”, entre eles: tristeza profunda, fala vagarosa, movimentos lentos, perda de interesse generalizado pela vida e pelas atividades cotidianas, ideias de autodesvalorização e ideação suicida. Mediante a observação de alguns fatores adicionais era possível diagnosticar diferentes tipos de depressão - melancólica, orgânica, neurótica, reativa, ansiosa, esquizofrênica -. No entanto, no decorrer do processo de instituição de uma terapia química dessa “afecção” mental, alguns indivíduos continuavam tristes, lentos, desinteressados pela vida. Qual seria o problema? Então a tristeza, em suas múltiplas facetas não podia ser “curada” ou pelo menos, “tratada” quimicamente? Afinal, era um distúrbio químico, ou não?

Esse questionamento não aparece nos artigos aqui explorados. Segundo os seus autores, a não reação da depressão reativa à quimioterapia indicava apenas, que novos, melhores e mais potentes antidepressivos precisavam ser pesquisados. Esses pesquisadores acreditavam mesmo e defendiam a tese de que a depressão

(em seus diferentes matizes) era uma doença tanto somática quanto psíquica, e que por isso poderia ser tratada quimicamente. Caberia à psicofarmacoterapia, enquanto produto da ciência, combater, sanar, equacionar, eliminar as mazelas psíquicas que impediam um grande número de pessoas de desfrutar a vida moderna de forma tranquila, eficiente e produtiva.

3.4 AS DIFICULDADES EMPÍRICAS NA ABORDAGEM DO FENÔMENO DA NEUROSE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO ANSIOSA

3.4.1 As Dificuldades Empíricas

Os autores reconhecem que no tocante à abordagem empírica do fenômeno da depressão neurótica, reativa ou mesmo da neurose da ansiedade, as dificuldades são imensas, sobretudo, porque a sintomatologia apresenta um espectro amplo e variado, oscilando durante o tratamento e dificultando a avaliação quanto aos efeitos do psicofármaco envolvido no experimento, conforme destacam Lessa et. al sobre o experimento com Lorazepam (ansiolítico da família das benzodiazepínicas) em um grupo de neuróticos:

O ensaio clínico de tranquilizantes em neuróticos – para a definição preliminar do efeito – esbarra, porém, num obstáculo quando a meta proposta é a cura da neurose. A instância sintomatológica – espelho da transformação parcial da ansiedade livre – é o que se oferece mais objetivamente como parâmetro para controle do efeito tranquilizante de uma dada substância. No entanto, aqui também permeia uma zona de indeterminação porque as oscilações da sintomatologia neurótica estão submetidas a uma série de fatores, tão múltipla e variável, que a avaliação destes se torna napráctica muito difícil, quando não impossível.³⁷¹

Outro experimento, também com um benzodiazepínico – o clorazepato dipotássico – conduzido por Figueiredo Filho et. al e publicado em 1974 aponta as mesmas dificuldades. Os autores analisam os resultados do emprego de tranxilene (nome comercial) dos laboratórios Epasil para um grupo de vinte indivíduos, em sua maioria, mulheres com diagnóstico de neurose ansiosa e com idade entre 20 e 60 anos.

³⁷¹ LESSA, L.M., et. al. Um modelo possível de pesquisa ansiolítica em função do lorazepam (Wy-4036). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 66, n. 2, fevereiro de 1973, p. 379-389.p.378.

Iniciam o estudo problematizando o embate entre os pesquisadores de orientação psicodinâmica e os que a eles se opõe, por terem uma postura chamada de “mais eclética”, ou seja, que não é contrária à medicalização. Em outras palavras, o debate entre os favoráveis a uma abordagem psicanalítica e os favoráveis a uma abordagem medicamentosa da neurose depressiva, com a administração de ansiolíticos.³⁷²

Segundo os autores, os primeiros são contrários à medicação alegando que a ansiedade catalisaria as revelações do curso psicoterápico, enquanto que a medicação as abafaria, retardando a solução da doença e funcionando como um elemento paliativo. No entanto, continuam, para os que adotam a conduta medicamentosa, embora não neguem que a terapia permanecia sendo a principal “arma” terapêutica, defendem, não obstante, que a ansiedade deve ser combatida “... fazendo-se de forma analgésica a higiene do inconsciente”.³⁷³

Vemos aí um exemplo do embate entre psicoterapeutas e psicofarmacoterapeutas no tocante à abordagem da ansiedade no contexto mais amplo da neurose depressiva. Estes entendem que a medicalização da ansiedade faria, da mesma forma que a psicoterapia, uma limpeza do inconsciente, mas “sem dor”, de forma analgésica. Um argumento brilhante em prol da defesa da medicalização da mente...

Vão além: defendem que nenhum médico pode por em dúvida o fato de que os medicamentos ansiolíticos são úteis em ansiedades reativas, em que o fator causal é conhecido (preocupação com provas escolares, perda de um emprego ou morte de um ente querido) e para os quais, só o tempo pode trazer calma.³⁷⁴ E prosseguem, reafirmando a tese de que se processam mediante processos químicos que ocorrem no sistema neurovegetativo sendo, por isso, justificada a intervenção quimioterápica: “O fato de toda a sintomatologia das psicossomatoses fazer-se através da neurovegetatividade, aliado à descoberta de que importantes estruturas do sistema nervoso autônomo, também são dotadas de função vegetativa, veio

³⁷² FIGUEIREDO FILHO, Cesar; et. al. Experimentação clínica com o clorazepato dipotássico no tratamento da síndrome ansiosa. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 68, n. 1, janeiro de 1974, p.103-105. P. 103.

³⁷³ Id.

³⁷⁴ Id.

justificar o uso de ansiolíticos nas doenças psicossomáticas, resolvendo o fator emotivo desta patologia”.³⁷⁵

Na sequência dessas considerações iniciais, de cunho mais teórico, os autores apresentam os resultados de sua experimentação clínica. Empregaram cápsulas de 10 mg três vezes ao dia nos vinte pacientes, tendo essa dose sido aumentada ou diminuída conforme o desenvolvimento do tratamento ou o aparecimento de algum efeito indesejável, ao longo de 60 dias, ao final dos quais, tiveram os seguintes resultados:

³⁷⁵ Id.

QUADRO N.º 2

Paciente	Sexo	Idade	Profissão	Diagnóstico	Sintomas Principais	Posologia	Resultados	Efeitos colaterais indesejáveis
1	F	46	Emp. domést.	Neurose depressiva	Irritabilidade, choro freqüente, tremores	20 mg/dia	Muito bons	—
2	F	62	Func. pública aposentada	Depressão endógena	Ansiedade, agitação	40 mg/dia	Bons	—
3	F	63	Doméstica	Neurose depressiva	Ansiedade, tristeza, insegurança	10 mg/dia	Muito bons	—
4	F	33	Doméstica	Epilepsia	Irritabilidade, ansiedade	40 mg/dia	Regular	—
5	F	42	Doméstica	Neurose depressiva	Ansiedade, fobias, insegurança	10 mg	Nulo	Sonolência
6	M	32	Porteiro	Neurose depressiva	Irritabilidade, insônia, cefaléia	40 mg	Muito bons	Diminuição da libido
7	M	33	Func. público aposentado	Epilepsia	Ansiedade, irritabilidade	30 mg	Muito bons	—
8	F	29	Doméstica	Neurose, angústia	Ansiedade, irritabilidade, agressividade	80 mg	Bons	—
9	M	20	Garçon	Neurose, angústia	Irritabilidade, astenia	20 mg	Muito bons	Sonolência
10	M	44	Contador	Neurose, angústia	Irritabilidade, tremores, perturbações neurovegetativas	10 mg	Muito bons	—
11	F	33	Doméstica	Neurose, angústia	Ansiedade, astenia, tonteados, dispnéia, parestesias	30 mg	Muito bons	—
12	M	33	Desenhista	Esquizofrenia	Ansiedade, agitação, irritabilidade	60 mg	Muito bons	—
13	F	34	Doméstica	Esquizofrenia	Ansiedade, insônia, opressão precordial	20 mg	Muito bons	—
14	F	65	Doméstica	Neurose, angústia	Insegurança, ansiedade	20 mg	Bons	Náuseas, Anorexia
15	F	31	Professora	Neurose, angústia	Ansiedade, irritabilidade, astenia	20 mg	Regular	—
16	F	23	Secretária	Neurose, angústia	Ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional	40 mg	Muito bons	—
17	F	20	Estudante	Neurose, angústia	Ansiedade	50 mg	Muito bons	—
18	M	52	Copeiro	Neurose depressiva	Choro freqüente, perturbações neurovegetativas, tremores	20 mg	Muito bons	—
19	M	41	Militar	Neurose, angústia	Ansiedade, fobias, dispnéia	50 mg	Muito bons	—
20	M	61	Médico	Depressão endógena	Ansiedade, delírio persecutório	30 mg	Bons	—

(Fonte: FIGUEIREDO FILHO, Cesar; et. al. Experimentação clínica com o clorazepato dipotássico no tratamento da síndrome ansiosa. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 68, n. 1, janeiro de 1974, p.103-105. P. 104.

Mais do que os resultados, o que nos chamou a atenção neste quadro foi o fato de a maioria dos indivíduos envolvidos no experimento ser do sexo feminino (onze pessoas), destas, sete serem domésticas (donas de casa) e dentre as outras

quatro, uma empregada doméstica, uma secretária, uma professora e uma funcionária pública aposentada. Se a ansiedade é apontada como uma reação psicossomática à agitação da vida moderna, ao corre-corre das grandes cidades, ao acúmulo de tarefas, qual a relação disso com o ambiente doméstico? Por que a pessoa que nele permanece por mais tempo é a que mais sofre com esse estado de coisas?

Outro fator interessante, é o expressivo número de homens e mulheres de camadas média e média baixa na lista dos pacientes diagnosticados com neurose depressiva, neurose ansiosa, angústia. Notemos ainda a variação sintomatológica apontada no quadro: choro frequente, fobias, anorexia, dispneia, tremores, perturbações neurovegetativas, a tal “instabilidade emocional”, sempre presente...

A variação da instância sintomatológica é apontada nesses estudos como um desafio à abordagem objetiva do fenômeno neurótico e, conseqüentemente, um elemento complicador na definição dos efeitos dos ansiolíticos. Afinal, a neurose da ansiedade, a depressão neurótica, ao contrário do que pretendiam esses estudiosos, constituem respostas subjetivas dos indivíduos a diferentes questões, indo desde a reação de um estudante a uma semana extenuante de provas, passando pela angústia de uma mulher que já não consegue suportar um casamento infeliz até o mal estar sentido por um executivo ao acumular funções de extrema responsabilidade em uma empresa.

Para transformar esses fenômenos subjetivos em objetivos e, dessa forma, submetê-los a uma abordagem empírica em que o interesse era “testar” a eficácia de um novo medicamento, relatar o procedimento empregado, os resultados e conclusões atingidas, era necessário aplicar as mesmas ferramentas de ciências exatas, como a formulação de um problema de pesquisa, a coleta de dados, o levantamento de hipóteses, a testagem dessas hipóteses, a quantificação dos resultados, sua análise e síntese. Com esse intuito, os psiquiatras envolvidos na pesquisa sobre o efeito e a eficácia de drogas psicoativas se valem de instrumentos de objetivação dos dados relacionados aos fenômenos psíquicos. Entre esses dados, as quantificações, propiciadas pela distribuição da sintomatologia em escalas, como veremos na sequência.

3.4.2 A Quantificação

A ansiedade, a neurose ansiosa e a depressão ansiosa passam a constituir fonte de preocupação entre os estudiosos da psicofarmacoterapia. Sobretudo, porque segundo uma interpretação químico-biológica dos fenômenos psíquicos, para combater quadros antagônicos como a ansiedade e a depressão, seria necessário o emprego de medicamentos que acalmassem sem deprimir, daí todo o empenho na testagem de novos componentes benzodiazepínicos, como demonstra o estudo a seguir, conduzido por José Caruso Madalena e J. C. Franchin, e publicado em 1977 no periódico “A Folha Médica”.

Para realizar o estudo, o psiquiatra, que na época era diretor científico da Casa de Saúde Dr. Eiras, menciona que recorreu a dados em arquivos nos departamentos médicos dos Laboratórios Hoechst do Brasil Química e Farmacêutica S.S e Siba Araújo Roussel S. A. A informação suscita o fato de que Madalena tivesse bom relacionamento com os laboratórios que produziam medicamentos psicoativos, pois em várias ocasiões seus artigos foram pioneiros no estudo clínico de drogas recém-lançadas no Brasil.

O artigo em questão se propõe a avaliar a eficácia terapêutica de um novo benzodiazepínico com 28 pacientes ambulatoriais com diagnósticos diferentes, em que fosse o caso de se indicar um ansiolítico.

Inicialmente, os autores fazem um estudo teórico comparando o resultado de clobazam com ansiolíticos anteriormente ministrados e qualitativamente, segundo os autores, mostrou-se equivalente ao diazepam e lorazepam e superior ao clordiazepóxido.

Uma tendência da pesquisa no campo dos psicofármacos, segundo os autores, seria buscar produtos bem tolerados sem perda da capacidade terapêutica. Clobazam, segundo informam, melhora a performance e o tempo de reação em pacientes com altos índices de neuroticidade todos tratados em clínica ambulatorial.

A escolha dos 28 pacientes se deu pelo sintoma que apresentavam. Independente do diagnóstico, todos apresentavam sintomas de ansiedade, a maioria com neurose ansiosa (20 deles). O critério adotado: pacientes que “apareciam” no ambulatório, de ambos os sexos (12 mulheres e 16 homens) com idade entre 19 e

67 anos, a maioria entre 30 e 50 anos, e que apresentavam diferentes diagnósticos em que a ansiedade precisava ser controlada.

Foram orientados a tomar o medicamento (20 a 30 mg/dia) em 2 a 3 doses, nunca excedendo a 50 mg/dia. Deveriam se apresentar para consulta novamente em uma semana. Avaliados pela Escala de Ansiedade de Hamilton e pela escala de controle de efeitos colaterais.

Segundo os autores, os diagnósticos encontravam-se assim distribuídos:

Neurose ansiosa	20
Neurose histérica	2
Neurose fóbica	2
Neurose Obsessiva Compulsiva	1
Melancolia involutiva	1
P.M.D (Depressiva)	2 ³⁷⁶

Quem não apresentava alterações claras em 2 semanas era retirado do estudo e incluído em outra orientação terapêutica, acreditamos que não somente para evitar um sofrimento desnecessário, mas também para não comprometer os resultados esperados pelo laboratório que oferecia as amostras dos medicamentos. Analisaram-se prontuários anteriores para comparar o desempenho de clozabam em relação a outros ansiolíticos, anteriormente ministrados aos mesmos pacientes: neuróticos com prognóstico difícil à abordagem psicofarmacológica. Conclusão: o clozabam apresentou-se como uma opção válida entre os tranquilizantes menores, com ação igual ao diazepam e ao lorazepam e superior ao midazolam e clordiazepóxido.

Interessante mencionar que os autores avaliam os pacientes envolvidos no estudo como indivíduos que apresentavam “altos índices de neuroticidade”, sendo destes, vinte diagnosticados com “neurose ansiosa”, um diagnóstico, ao que nos parece, bastante frequente nos estudos realizados pelos psiquiatras por nós estudados ao longo da década de 1970.

No entanto, cabe a pergunta: como eram medidos, mensurados esses índices de ansiedade, neuroticidade e depressão? No documento analisado acima, o instrumento empregado foi a “The Assessment of Anxiety States by Rating” do britânico Max Hamilton, desenvolvida em 1959 para o diagnóstico dos níveis de

³⁷⁶ MADALENA, J. C. ; FRANCHIN, E.A. Avaliação clínica dos efeitos do clobazam. **A folha médica.** Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 3, 1977, p. 351-354.p.150.

ansiedade³⁷⁷ (Anexo III) Na linha da mensuração dos sintomas de afecções mentais e sua avaliação diagnóstica, Hamilton desenvolve, em 1960, a “Rating Scale for Depression”³⁷⁸ (Anexo IV) a Escala de avaliação de depressão, frequentemente utilizada entre os autores brasileiros do período. Escores com mais de 25 pontos eram considerados gravemente deprimidos; escores entre 18 e 25 pontos, moderadamente deprimidos, escores entre 7 e 17 pontos, pacientes com depressões leves e escores de 0 a 7 pontos, ausência de depressão.³⁷⁹

Dentre os artigos que se valem dessas escalas na tentativa de mensurar o fenômeno da depressão, um nos pareceu extremamente interessante. Trata-se de estudo multicêntrico (realizado concomitantemente em várias cidades brasileiras) e coordenado pelo psiquiatra Sérgio Traldi, na época (1976) consultor da área de psiquiatria dos laboratórios Ciba-Geigy no Brasil e médico da Coordenadoria de Saúde do Estado de São Paulo.

A pesquisa consistiu na experimentação e avaliação clínica de um medicamento antidepressivo do grupo dos tetracíclicos, o cloridrato de maprotilina, comercializado pela Ciba-Geigy com o nome de Ludiomil. Sob a coordenação de Sérgio Traldi, a pesquisa foi realizada em 27 cidades brasileiras, em 74 centros psiquiátricos, abrangendo 361 pacientes com o que o autor denomina de “síndrome depressiva”, escolhidos aleatoriamente. Envolveu um número grande de pesquisadores, numa casuística relativamente alta, com variedade regional ampla para registrar, no dia-a-dia da relação médico-paciente, os resultados da experimentação clínica, tendo o cuidado ainda de levar em consideração as variações regionais, culturais, sociais, geográficas e raciais dos indivíduos envolvidos.³⁸⁰ Observemos no quadro a seguir, como essa “síndrome depressiva” encontrava-se diluída em pelo menos cinco classificações:

³⁷⁷ HAMILTON, Max. The Assessment of Anxiety States by Rating. **British Journal of Medical Psychology**. Vol. 32, 1959, p. 50-55.

³⁷⁸ HAMILTON, Max. A rating scale from depression. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.** vol. 23, n. 56, Londres, 1960. p.56-62.

³⁷⁹ HÜBNER, Carlos von Krakauer, et. al. Escala de depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/259/207>. Acesso em: 27/01/15.

³⁸⁰ TRALDI, Sérgio. Pesquisa multicêntrica com um antidepressivo: maprotilina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72. N. 5, maio de 1976, p.561-566. p. 561.

QUADRO III

Diagnóstico	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Depressão reativa	146	40,4
Depressão endógena	111	30,7
Depressão sintomática	48	13,3
Depressão involutiva	41	11,4
Outras formas	15	4,2

(Fonte: TRALDI, Sérgio. Pesquisa multicêntrica com um antidepressivo: maprotilina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72. N. 5, maio de 1976, p.561-566. p. 561).

A maprotilina pertencia já a uma série diferente dos chamados antidepressivos, os tetracíclicos, assim denominados por sua estrutura tetracíclica polidimensional.³⁸¹ Segundo Traldi, diferentemente dos tricíclicos, os tetracíclicos agiriam não apenas como antidepressivos, mas também como tranquilizantes, fato atestado em experimentações realizadas com macacos: sob o efeito da droga, esses tornavam-se mais sociáveis e menos agressivos entre si.³⁸²

No tocante à tentativa de mensuração e quantificação dos dados, Traldi faz questão de ressaltar que a avaliação teve critérios exclusivamente clínicos, mediante uma adaptação da escala de depressão de Hamilton levando em consideração alguns sintomas-alvo:

A avaliação dos pacientes foi efetuada segundo um critério exclusivamente clínico, baseada numa adaptação da Escala de Hamilton, através de uma série de sintomas-alvo (humor deprimido, apatia, agitação, ansiedade, hipocondria, anorexia, distúrbios do sono e fadiga) e as avaliações eram efetuadas na fase pré-tratamento (dia zero) e nos 7º, 14º, 21º e 28º dias de tratamento segundo uma escala de intensidade em que **0** representava ausência do sintoma, **1** – intensidade leve, **2** – intensidade moderada, **3** – intensidade severa.³⁸³

Afirma ainda que o tempo total de tratamento foi de 29 dias e a dose empregada, de início, foi de 75 mg, tomada de uma única vez ou fracionada em três tomadas diárias. Em alguns casos, a dosagem foi aumentada, sendo o máximo atingido o volume de 150 mg diários. Acrescenta ainda que os dados foram lançados

³⁸¹ Id.

³⁸² Id.

³⁸³ Ibid., p. 563.

no computador para assegurar uma análise “correta e idônea” valendo-se de métodos estatísticos para a comparação numérica nas várias fases do tratamento.

Todo esse mecanismo de pesquisa, experimentação, análise, síntese e quantificação dos dados, a iniciar pela escolha “aleatória” de indivíduos de diferentes cidades e centros psiquiátricos, dos quais não era interessante saber sequer o nome, a condição social, a história, mas tão somente, a raça, o sexo, a idade e o tipo de depressão, bem como se reagiram e como reagiram à droga testada, pouco diferindo, dessa forma, entre si, a não ser pelo diagnóstico, manifesta, em nosso ver, uma sofisticada redução da vida humana ao seu aspecto puramente biológico. Ainda que essa vida manifeste sinais de sofrimento psíquico – como a depressão – algo demasiadamente humano, esse sofrimento, concebido enquanto patológico, uma vez entendido biologicamente e tratado quimicamente, arrisca perder seu caráter subjetivo, seu aspecto de resistência psíquica (e também orgânica) às complexidades da vida moderna.

Restringida à condição de um aparato somático-psíquico formado por processos químicos, os quais se pode intervir também, quimicamente, para reverter, alterar, ou mesmo estagnar seu curso, eis a que a nova ciência, a psicofarmacoterapia, reduziu a complexidade da antiga melancolia...

3.5 A CIÊNCIA E O EQUACIONAMENTO DAS MAZELAS PSÍQUICAS

Algo que se sobressai nos artigos analisados é uma determinada concepção de ciência enquanto redentora do sofrimento humano. Enquanto expressão científica, a psicofarmacologia – entendida como oriunda dos desdobramentos do desenvolvimento da farmacologia, da psiquiatria e da química - é saudada como equacionadora das mazelas psíquicas que assolam o homem moderno e celebrada como um marco revolucionário na história da psiquiatria, comparada ao nascimento do alienismo, no século XVIII, e da psicanálise, entre os séculos XIX e XX:

Provavelmente nem o dogmatismo mais estrito poderia deixar de atribuir à moderna psicofarmacologia um papel verdadeiramente revolucionário dentro d Psiquiatria e talvez de tãda a Medicina. A introdução dos modernos psicofármacos veio completar a grande libertação do doente mental iniciada nos idos de 1793, por PINEL. Os meios de contenção mecânica foram rapidamente abandonados e o doente mental conduzido à dinginade de um enfêrmo como de qualquer outro setor. O desaparecimento dos sintomas psicopatológicos de maneira inequívoca, pelos novos meios, conduziu a um aprofundamento não sòmente na intimidade etiológica da doença, como na compreensão melhor do fenômeno psicopatológico. Mudou-se para melhor o curso e prognóstico de muitas das graves enfermidades, recuperando-se grande número de indivíduos ao convívio social ou mesmo propiciando àqueles que não se recuperam de todo, uma vida menos tormentosa, mais humana. Muitos casos, antes considerados irrecuperáveis, puderam dentro de pouco tempo, ser revertidos ao sio familiar. A clínica psiquiátrica incorporou não somente um nôvo sistema terapêutico, mas, mesmo em significado ainda modesto, também um sistema propedêutico. A nosologia psiquiátrica tem se beneficiado dos novos aportes. Sobretudo, as depressões têm sido melhor conhecidas depois do surgimento dos medicamentos psicotrôpicos modernos.³⁸⁴

Destacam os psiquiatras as conquistas da química farmacológica, cuja “aventura crescente e fantástica rumo ao progresso”, propiciava, constantemente, a descoberta de novos princípios psicoativos, propiciando que laboratórios e médicos pudessem intervir, favoravelmente e de forma menos invasiva, nas mais variadas patologias emotivas, para o alívio de uma multidão imensa de pacientes para os quais, em tempos passados, só restava a internação hospitalar e os métodos biológicos (a convulsoterapia elétrica e química, especialmente) ampliando, ao mesmo tempo, essa possibilidade, para os tantos outros indivíduos que, mesmo sem a presença de um transtorno mental, sofriam com as noxias emotivas suscitadas pelas vicissitudes modernas: “Numa aventura fantástica de progresso paralelo, a Química percorre desde já o futuro, juntamente com a Farmacologia, fornecendo substâncias originais ou sucedâneos, quimicamente produzidas, nascidas do raciocínio humano e da capacidade de experimentação de Química Biológica”.³⁸⁵

Da mesma forma, alardeavam que a medicina, através da farmacologia, mediante o desenvolvimento de pesquisas incansáveis e contínuas, persistia na luta contra os males psíquicos, tendo como uma de suas armas mais recentes substâncias químicas finalmente capazes de atuar e atacar o centro neuroquímico de onde derivariam as manifestações psiconeuróticas, intervindo em seu curso de modo a eliminá-las ou, pelo menos, atenuá-las, melhorando, assim, a qualidade de vida dos indivíduos por elas afetados:

³⁸⁴LESSA, Luís M. Progressos da psicofarmacologia: visão atual do ponto de vista clínico. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 64, n. 2, fevereiro de 1972, p. 471-489. p.475-476.

³⁸⁵COSTEIRA, Osíris; PESSOA, Miguel F. Farmacologia geral e reavaliação clínica de um novo grupo ansiolítico (SK&F 14.336 – Clomacran. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72, n. 3, março de 1976, p. 317-328. P. 317.

Não é, pois, de estranhar que a medicina, ou mais especificamente, a farmacologia através de pesquisas contínuas tenha procurado fornecer ao médico substâncias químicas capazes de atuar sobre os centros de onde derivam as manifestações psiconeuróticas, eliminando-as por completo ou, ao menos, fazendo-as ceder bastante quanto à intensidade dos sintomas perturbadores.³⁸⁶

Interessantes metáforas são usadas nessa tentativa de argumentar em prol de uma determinada visão de ciência como redentora do sofrimento psíquico mediada pela psicofarmacologia. Para chamar a atenção sobre um novo benzodiazepínico (ansiolítico), por exemplo, falava-se na “guerra” contra o “flagelo” da angústia, ou do uso de um novo “arsenal terapêutico”. Contra as “trevas” representadas pela falta de “esperança” no “combate” à depressão, uma promessa de “luz” se “desanuviava” com a “descoberta” de um novo grupo de substâncias antidepressivas. É como se a ciência, através da química, estivesse em uma luta constante do bem – a saúde psíquica – contra o mal – as noxias emotivas e as afecções mentais – sendo a medicina o exército que encarnava essa guerra, mediante seus combatentes – os médicos, em diferentes frentes - nas clínicas, laboratórios, universidades, hospitais... –

3.5.1 A Trajetória do “Progresso Psicofarmacológico”

Para reiterar a ideia de progresso, vários artigos mencionam o trajeto anterior às descobertas “memoráveis” que, na década de 1950 deram origem à moderna psicofarmacologia: “... com o advento dos estabilizadores diencefálicos, anteviu a medicina um vasto campo de esperança no armamentário terapêutico...”³⁸⁷ e sua continuidade nas décadas subsequentes: “Com o contínuo progresso da farmacotécnica obteve-se a formulação de cloridrato de butriptilina de liberação lenta, para uso clínico em dose única diária, de 75 mg, em comprimidos de cor azul celeste”.³⁸⁸

³⁸⁶ CAVALCANTI, Wander. Observação clínica de um novo tranquilo-relaxante derivado das benzodiazepinas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol 59, n. 2, agosto de 1969, p.189-194. p 190.

³⁸⁷ GUDE, Jaime. Contribuição espontânea ao estudo de um neuroestabilizador da menopausa (insidon). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.51, n. 5, novembro de 1965, p. 414-421. p. 414

³⁸⁸ GARCIA, J. Alves; ALMEIDA, Felisberto J. B. de. Ensaio terapêutico com butriptilina de ação prolongada em depressões leves ou moderadas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.77, n. 3, setembro de 1978, p. 339-340. p. 339.

Delay, Denniker, Zeller, Kline, Kuhn e Sternbach – os principais nomes no desenvolvimento das modernas drogas psicoativas na década de 1950 são comparados a heróis. Enquanto aos dois primeiros se creditava o mérito da descoberta da ataraxia química ou neurolepsia via clorpromazina, à Zeller era atribuída a descoberta do efeito inibidor da MAO pela iproniazida, enquanto a Kline era creditado o feito de tê-la primeiramente utilizado como um antidepressivo. Kuhn o responsável pelo desenvolvimento da imipramina, o primeiro antidepressivo triciclo e Sternbach pela descoberta dos compostos benzodiazepínicos, os quais seriam posteriormente amplamente utilizados como ansiolíticos:

A memorável comunicação de Delay, Denniker e Harl em 26 de maio de 1952 à Sociedade Médico-Psicológica na comemoração do seu centenário, apresentando, pela primeira vez o tratamento químico com a clorpromazina, utilizada de maneira contínua e prolongada, nos estados psicóticos, viria abrir as portas para o tratamento anti-estrição dos estados tensivos emocionais. Surgia, assim, a ataraxia química ou neurolepsia.³⁸⁹

3.5.2 A Quimioterapia das Emoções

Uma expressão corrente nos textos escritos por José Caruso Madalena, na segunda metade da década de 1960, é a possibilidade, advinda com os psicofármacos, da efetivação de uma “quimioterapia das emoções”. É interessante notar, relembando as ideias de Jean Delay de que o diencefalo representaria a porção mais primitiva do cérebro, o quanto determinadas emoções e afetos humanos são descaracterizadas nesses estudos. A tristeza persistente e aparentemente sem motivo, a fadiga, a ansiedade, a tensão, o stress, a angústia, o medo passam a ser concebidas como noxias emotivas, como instabilidades emocionais, como sinais de uma emotividade patológica, mesmo tendo-se conhecimento de que os fatores que as motivaram encontram-se extrínsecos aos indivíduos: a agitação da vida moderna, por exemplo.

Na impossibilidade de reverter o “progresso” da ciência, da tecnologia, da indústria, propõem que ele seja usado em favor dos indivíduos, auxiliando-os a dissolver essas noxias, realizando, assim, uma quimioterapia das emoções. O caso relatado a seguir se enquadra perfeitamente nessa concepção.

³⁸⁹ MADALENA, José Caruso. O uso do cloridrato de flufenazina em pequenas doses nos estados de tensão e ansiedade. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol 52. N. 3, março de 1966. P. 181-191. P. 182.

A casuística menciona uma mulher, com 28 anos de idade. Solteira, professora secundária, branca e católica. Considerada afetada emocionalmente por manifestar um quadro de angústia decorrente de sentimentos ambivalentes em relação ao noivo.

Esses são dados registrados no prontuário de V.H.B (denominada na pesquisa como “caso b”) pelo médico L.M. Linardi como parte da casuística estudada no artigo intitulado “Contribuição ao estudo de um novo psicotrópico (Oxazepam WY-3498) como coadjuvante em psicoterapia”, publicado na revista “A Folha Médica”, em 1966.

A mulher em questão constituía parte de um grupo formado por 12 pacientes, os quais, de acordo com Linardi, “...faziam psicoterapia por motivo de desajuste emocional que se caracterizava por angústia, ansiedade, insatisfação, perda do interesse vital, astenia física e psíquica, diminuição da capacidade de trabalho e insônia...”.³⁹⁰

Aos membros desse grupo, o médico administrou comprimidos de Oxazepam (Wy-3498), um ansiolítico benzodiazepínico, dosados a 15mg por um período de vinte e três dias, divididos em três etapas: os primeiros cinco dias, um comprimido com o café da manhã (15mg). Nos nove dias seguintes, um comprimido pela manhã e um comprimido após as 17 horas (30 mg). Nos nove dias restantes, um comprimido pela manhã, um comprimido às 15 horas e um comprimido às 21 horas (45mg).

Em suas conclusões, o médico afirma que o medicamento, cuja propriedade seria atuar como um miorrelaxante e como um tranquilizante com efeitos colaterais mínimos, poderia ser indicado como um coadjuvante no tratamento psicoterápico de pessoas “diagnosticadas” com tensão, angústia, insônia, irritabilidade, fadiga, falta de interesse pelo trabalho, astenia física e psíquica. Contribuiria para tornar as sessões de psicoterapia mais “produtivas” e até mesmo para abreviá-las:

³⁹⁰ LINARDI, L.M. Contribuição ao estudo de um novo psicotrópico (Oxazepam WY-3498) como coadjuvante em psicoterapia. **A Folha Médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 53, n. 6, 1966, p.86.

Em apenas 1 caso não verificamos qualquer ação farmacológica sobre o estado emocional (caso G). Nos 10 casos restantes, observamos uma ação farmacológica ótima que se traduziu como auxiliar eficiente nas fases difíceis da psicoterapia (fases de estagnação) concorrendo, dessa forma, pela diminuição das sessões improdutivas, bem como, para o encurtamento do período da terapia. Com relação ao estado emocional, notamos um aumento significativo da capacidade de trabalho, aumento do poder de integração com a realidade, melhora do tônus emocional com bom grau de euforia. Diminuição acentuada da tensão psíquica.³⁹¹

Vários aspectos do trecho citado podem ser problematizados. Elenquemos apenas alguns. Primeiro: os pacientes que participaram do estudo podem ser considerados doentes? Tensão, angústia, sentimentos de ambivalência em relação ao parceiro, desinteresse pelo trabalho, fadiga, irritabilidade, são afinal, sintomas de que alguém está doente? Doente do quê? Doente por quê? Reiteramos assim que determinados sinais de sofrimento psíquico – que não se enquadravam nos chamados distúrbios mentais clássicos - passaram a ser considerados patológicos e passíveis de serem tratados com medicação, num processo crescente de patologização e medicalização dos afetos.

Segundo: se essas manifestações de sofrimento psíquico, que ocorriam com certa frequência na grande maioria das pessoas situadas na faixa etária da maioria dos indivíduos empregados no estudo (28 a 38 anos) vinham sendo tratadas, segundo o autor do artigo, com sessões de psicoterapia, que fatores levaram esses pacientes e o médico em questão a entender que o emprego de um medicamento psicoativo – um benzodiazepínico, que age fundamentalmente como ansiolítico e sedativo – poderia produzir melhores resultados que a terapia psicológica?

Finalmente: por que um bom grau de euforia e de entrosamento com a realidade, produzido artificialmente (mediante um psicofármaco) pôde ser considerado um sintoma de volta à normalidade, de uma saúde psíquica em ordem?

Essa teoria parece fortalecer-se no final da década de 1980 com o advento comercial de uma nova droga: a fluoxetina, composto denominado um Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina, comercializada com o nome de Prozac nos Estados Unidos e no Brasil, seu consumo rapidamente se difundiu naquele país e também no Brasil, cujos primeiros estudos sobre o tema, por nós localizados, datam já de 1990. No senso comum, a fluoxetina ou prozac ficou conhecida como “a pílula

³⁹¹ Ibid., p.90.

da felicidade”. As origens e as implicações desse estado de coisas é o tema do nosso próximo capítulo.

4 PÍLULAS DA FELICIDADE, DO SONO, DA ESTABILIDADE EMOCIONAL... O ASPECTO SIMBÓLICO DA FLUOXETINA E DE OUTROS MEDICAMENTOS PSICOATIVOS

Desde meados da década de 1970, as evidências do papel da serotonina (5-HT) como mecanismo para medir a resposta antidepressiva se intensificaram mediante pesquisas que confirmaram a relação entre a inibição da recaptação do neurotransmissor na junção sináptica e a elevação do tônus afetivo. Na época, as drogas mais comumente utilizadas como medicamentos antidepressivos, conforme vimos anteriormente, eram os tricíclicos, e, em alguns casos, medicamentos tetracíclicos e ansiolíticos, com menor intensidade, os IMAOS, primeiros a serem descobertos.

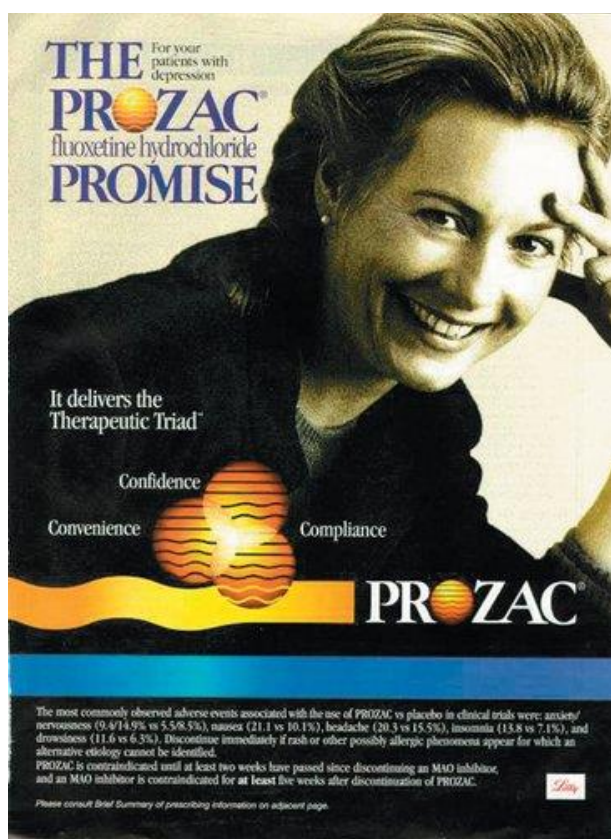
Os estudos sobre o desenvolvimento de uma substância capaz de atuar seletivamente na recaptação da serotonina resultaram na descoberta do hidrocloreto de fluoxetina. A primeira vez em que a substância foi descrita na literatura científica (ainda na forma de cloridrato) se deu no número de 15 de agosto de 1974 da revista “Life Sciences” quando ainda se chamava Lilly 110140. Desenvolvido pelo laboratório Eli Lilly passou a ser comercializada em 1986 nos Estados Unidos com o nome de Prozac, mas só seria aprovada pela FDA (Food and Drug Administration) no final de 1987.

A fluoxetina foi sintetizada para agir como um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS) permitindo assim, a permanência do neurotransmissor por mais tempo entre uma sinapse e outra e propiciando, quimicamente, sensação de prazer, alegria, ânimo elevado e disposição para as atividades do dia-a-dia. Tratava-se de uma nova classe de antidepressivos, que supostamente apresentaria menos efeitos colaterais que os tricíclicos e poderia ser consumida por um número maior de pessoas com chances menores de criar dependência. Os ISRS são comumente mencionados pelos psiquiatras brasileiros da década de 1990 como a “segunda geração de medicamentos antidepressivos”.

Divulgado amplamente nos Estados Unidos, em mensagens publicitárias que anunciavam o medicamento como uma “pílula da felicidade”, tornou-se uma das drogas mais consumidas pela população estadunidense no início da década de

1990, sendo inclusive tema de um best-seller: “Prozac Nation”, autobiografia escrita por Elizabeth Lee Wurtzel publicada em 1994.

Abaixo reproduzimos uma mensagem publicitária estadunidense, da década de 1990, cujo medicamento anunciado é o Prozac, do laboratório Eli Lilly (cujas marca pode ser visualizada no canto inferior direito da imagem). Dirigida ao público médico e veiculada em um periódico específico, evoca a ideia de estabilidade emocional, com certa dose de alegria e tranquilidade, valendo-se para isso da foto de uma modelo de meia idade, bonita e sorridente. Apresenta a fórmula e informações técnicas.



(Disponível em: <http://aspazia.buzznet.com/photos/prozac/?id=1252004>. Acesso em: 28/01/15).

No Brasil, os primeiros artigos sobre a fluoxetina por nós localizados datam de 1990, 1991 e 1992³⁹² respectivamente e referem-se a ensaios clínicos analisando os seus efeitos terapêuticos e colaterais. A produção desse tipo de medicamento

³⁹² Entre os primeiros artigos científicos publicados por médicos brasileiros em periódicos nacionais elencamos: SILVEIRA, M.A.B. Antidepressant's second generation: Fluoxetine. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, Vol. 47, n. 10, 1990; SOARES, Paulo F.B; et. al. The use of fluoxetine in depression. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Vol. 11, n. 2, 1991; BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, Vol.. 40, n. 3. P.133-136.

passou a ser realizada por diferentes laboratórios já no final dos anos de 1990, e sua administração como psicoativo consolidou-se ao longo da primeira década do ano 2000 em nosso país, período cujo consumo aumentou consideravelmente.³⁹³

4.1 A FLUOXETINA E AS DEPRESSÕES REFRATÁRIAS

Nos primeiros artigos escritos por psiquiatras brasileiros sobre a fluoxetina observamos a preocupação em situá-los farmacologicamente e terapeuticamente, com destaque para o debate sobre seu uso em depressões consideradas resistentes ou refratárias. Havia muita cautela em relação à fluoxetina por parte dos pesquisadores brasileiros nos idos de 1990, o que contrasta com a administração indiscriminada que o medicamento viria a ter ao longo da primeira década do ano 2000 por médicos de outras especialidades.

Esse é o caso do artigo escolhido para nossa análise. Intitulado “Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição”. A autoria é de José Romildo Bueno, na época, professor titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRJ, tendo realizado a pesquisa no Instituto de Psiquiatria da mesma faculdade.

Trata-se de um estudo em que são apresentados os resultados referentes ao emprego da fluoxetina como medicação substitutiva ou associativa no tratamento da chamada “depressão refratária”.

O autor inicia conceituando depressões resistentes, destacando mediante a menção a autores estrangeiros (Brown e cols; Stewart e cols.) que além do prazo de um ano (fator tempo) o fator intensidade também deveria ser levado em consideração para a designação de uma depressão como resistente. Scott e cols., citados pelo autor do artigo, insistem ainda que se o episódio depressivo se estender por dois ou mais anos, deverá ser considerado como depressão resistente.³⁹⁴ Akiskal (1983), segundo Bueno, tentou classificar os diagnósticos depressivos

³⁹³ A esse respeito, ver os relatórios e gráficos da ANVISA sobre o consumo de Cloridrato de Fluoxetina – industrializado e manipulado – no Brasil ao longo do ano de 2009 disponíveis no endereço: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf.

³⁹⁴ BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, v. 40, n3. P.133-136. P. 133.

criando a categoria de transtornos distímicos como subtipo da depressão crônica, mencionando como características do quadro: a persistência por mais de dois anos, uma gravidade aparentemente menor e o início insidioso. Menciona ainda Keller & Shapiro destacando que ambos descrevem a denominada depressão dupla em que episódios de depressão menor e maior intercalam-se num mesmo indivíduo com taxas de cronificação elevadas. Destaca, por fim, que apesar dos esforços presentes no DSM III (edição de 1987) no sentido de criar uma taxonomia das depressões, o problema da divisão deste transtorno em distímico primário ou secundário, com início precoce ou tardio, permanecia sem solução. Segundo o autor, o problema de todas essas tentativas de classificação era que:

O que nos parece ainda escapar a todas essas tentativas classificatórias é a existência ou não de uma 'personalidade depressiva' ou de um 'distúrbio caracterológico depressivo', modo existencial de responder aos estímulos intra ou extrapsíquicos, fator de co-morbididade importante em cujo topo poder-se-ia instalar um episódio depressivo, com tendências à cronificação. Estudos genéticos e epidemiológicos tornam-se mandatórios para a elucidação desse quebra-cabeças e, na ausência de esclarecimento, o problema atual do correto manuseio terapêutica dessas condições continua a exigir esforços cada vez mais intensos de todos os envolvidos na situação.³⁹⁵

Note-se que em relação às chamadas depressões resistentes ou crônicas, a saída parece ser sempre biológica e não psicológica. Na seqüência, Bueno cita a revisão realizada sobre o tema por Mallat-Tostes (1990) no sentido de apontar tratamentos farmacológicos das depressões refratárias. Entre os tratamentos, menciona:

- a. doses adequadas de tricíclicos em função de seus níveis plasmáticos;
- b. emprego alternativo de inibidores da MAO;
- c. utilização de antidepressivos de segunda geração;
- d. utilização de lítio associado aos antidepressores;
- e. potenciação dos efeitos dos antidepressivos pelos hormônios tireoidianos;
- f. associação de tricíclicos aos inibidores da MAO;
- g. utilização de tricíclicos por via venosa;
- h. emprego de precursores de monoaminas cerebrais isoladamente ou em combinação com antidepressores.³⁹⁶

Observemos que a listagem menciona praticamente toda a estratégia psicofarmacoterapêutica sobre a depressão desde a descoberta do lítio, no final da década de 1940 e dos IMAOS no início da década seguinte, mas não cita a

³⁹⁵ Id.
³⁹⁶ Id.

eletroconvulsoterapia. Bueno conclui essa primeira parte do artigo reconhecendo que uma das estratégias mais promissoras seria a administração dos antidepressivos da segunda geração (os inibidores seletivos da recaptação da serotonina) em associação com antidepressores mais antigos, tais como os bicíclicos e os tricíclicos.

Diante dessa conclusão, apresenta o método, o material e os resultados do seu estudo com a administração de fluoxetina para pacientes diagnosticados com “depressões resistentes” “crônicas” ou “refratárias”, tendo o cuidado de informar que o principal critério adotado para essa classificação foi o fato de essas depressões, em que pese o fato de terem recebido tratamento adequado por um período superior a dozes meses, persistissem, independentemente da subcategoria (maior, bipolar, unipolar ou distímica). Pudemos inferir que refratária ou resistente é uma subclassificação passível de ser aplicada a quaisquer outras subcategorias depressivas, sendo o tempo de sua duração – considerado por demais longo – o critério principal.

O “material” empregado no estudo foi constituído de 20 pacientes, com idade entre 26 e 72 anos sendo destes quatro do sexo masculino e dezesseis do sexo feminino. A média de idade foi de 46 anos com desvio padrão de 7,3. Observemos, mais uma vez, que o número de pacientes do sexo feminino é superior, neste caso, quatro vezes maior, que o de pacientes do sexo masculino e que destas pacientes, a grande maioria apresentava um diagnóstico de depressão unipolar, ou seja, sem que o quadro fosse intercalado por processos maníacos, este, característico da depressão bipolar, categoria empregada a partir da década de 1980 para denominar o antigo transtorno conhecido como psicose maníaco-depressiva.³⁹⁷

	Masculino	Feminino
Depressão unipolar	2	11
Depressão bipolar	0	2
Distimias	2	3

(Fonte: BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, v. 40, n3. P.133-136. P. 134).

³⁹⁷ Ibid., p. 134.

Em relação ao tempo de persistência do episódio depressivo, o autor destaca que dentre os pacientes, a maioria (17 deles) havia relatado dois ou mais episódios depressivos, com durações que variavam de 17 a 42 meses, e que em seis existia a ideação suicida, sendo que dentre estes, a ideação tinha se transformado em tentativa de morte auto infligida, realizada com a ingestão dos próprios medicamentos psicotrópicos que vinha tomando, entre eles, imipramina, um antidepressivo...

Desses pacientes, dois apresentavam um primeiro episódio, durando 17 e 28 meses respectivamente, um estada em seu segundo episódio por 26 meses e o restante (17) relatava três ou mais episódios da doença, sendo que a fase atual vinha se prolongando por períodos variáveis, entre 17 e 42 meses, sem que houvesse recuperação de normalidade, períodos de subnormalidade sem euforia. Apesar dessa cronicidade, apenas seis pacientes , exibiam ideação suicida e, desses, um vinha de uma tentativa recente de suicídio (três meses) por ingestão de medicamentos psicotrópicos (imipramina, lorazepam e nitrofluorazepam, em doses não determinadas).³⁹⁸

Os pacientes foram observados e atendidos em ambiente ambulatorial em um prazo mínimo de 12 e máximo de 19 meses, com intervalos semanais e sem a ocorrência de nenhuma internação ao longo desse período. O ensaio foi aberto com a permissão de substituição ou adição de medicamentos aos ensaiados e também com o ajuste das doses diárias, conforme a necessidade. Foram usados os critérios da escala CGI (Global Clinical Impression) para a aferição de resultados considerados os mais adequados aos propósitos do estudo.

Todos os pacientes já vinham recebendo medicação antidepressora associada a ansiolíticos e, em alguns casos, hipno-indutores benzodiazepínicos a qual não foi suspensa. Dentre os 20 indivíduos envolvidos no estudo, 16 foram avaliados entre marcadamente doentes e extremamente doentes, e todos vinham tomando medicação psicotrópica há anos, a maioria, mais de uma (muitas delas tinham sido objeto de animado debate em décadas anteriores, conforme demonstramos no capítulo anterior). Ou seja, esses pacientes traziam em seu corpo e em seu psiquismo, a história da psicofarmacologia ansiolítica e antidepressiva das décadas anteriores, e continuavam depressivos. E crônicos:

³⁹⁸ Id.

monocloroimipramina	4
monocloroimipramina + amineptina	3
Monocloroimipramina + imipramina	1
Amineptina +sulpride	2
Imipramina + maprotilina	2
Nortriptilina + Monocloroimipramina	2
Maprotilina + Monocloroimipramina	5
Maprotilina + carbamazepina	1

(Fonte: BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, v. 40, n3. P.133-136. P. 134-135).

A esse respeito, registra o autor que dentre os 20 pacientes, 14 haviam feito tentativa anterior de associação entre medicamentos antidepressivos e carbonato de lítio sem melhora significativa do quadro clínico.

A esse grupo, passaram a ser ministradas, nas primeiras duas semanas do experimento, 20 mg de fluoxetina em dose única. Após esse período, foram retirados os antidepressores antes empregados e mantida só a fluoxetina por mais 15 dias, no final dos quais, a dose foi aumentada para duas tomadas diárias. Ao final da quinta semana, o regime medicamentoso era o seguinte:

Fluoxetina isoladamente	5
Fluoxetina +benzodiazepínicos	5
Fluoxetina + nortriptilina	2
Fluoxetina + maprotilina	4
Fluoxetina + Monocloroimipramina	4

(Fonte: BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, v. 40, n3. P.133-136. p.135).

Continuaram a ser observados por um período mínimo de 10 semanas e máximo de 20 semanas, ao final deste período, se procedeu à avaliação dos resultados. Em virtude da característica poliqueixosa desses pacientes com depressão crônica, a avaliação dos efeitos colaterais foi bastante dificultada, afirma o autor. Ou seja, outra vez temos a dificuldade na objetivação do fenômeno psíquico patológico em virtude da subjetividade deste. Os pacientes queixavam-se de náusea, cefaléia, nervosismo, palpitações... Mas o psiquiatra tem dúvidas em registrar isso como efeitos colaterais, afinal, a hipocondria muitas vezes acompanha

a depressão. Como saber se tais sintomas correspondiam a reações orgânicas de fato ao medicamento ou apenas “delírio” dos pacientes?³⁹⁹

Nausea	8 pacientes
Insônia	3 pacientes
Solonência	1 paciente
Nervosismo	6 pacientes
Cefaléia	3 pacientes
Anorexia	6 pacientes
Palpitações	2 pacientes
Secura na boca	2 pacientes

(Fonte: BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, v. 40, n3. P.133-136. P. 135).

Valendo-se dos instrumentos de mensuração da Escala CGI (Sigla para Clinical Global Impression ou Impressão Clínica Global), Romildo Bueno assim avaliou os resultados após a administração de fluoxetina.⁴⁰⁰

Resultados (CGI)

Muito melhorado – CGI 1	8 pacientes
Bastante melhorado – CGI 2	9 pacientes
Melhora mínima – CGI 3	3 pacientes

(Fonte: BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, v. 40, n3. P.133-136. p. 136).

Segundo ainda o autor, a grande maioria dos pacientes incluídos no estudo iniciou seu tratamento em consultórios de generalistas que instituíram tratamentos inadequados utilizando benzodiazepínicos ou doses subclínicas de tricíclicos. Segundo outro psiquiatra brasileiro Jorge Paprocki, expoente do estudo sobre psicoativos, 50% dos deprimidos procuravam alívio para seu transtorno em clínicos gerais ou outras especialidades.

Outro fator apontado para esse resultado foi o fato de ter escolhido um antidepressor com mecanismo serotoninérgico (de segunda geração) que atua de modo melhor nesse neurotransmissor. Aponta a importância da serotonina nos

³⁹⁹ Id.

⁴⁰⁰ Ibid., p. 136.

distúrbios de humor. Finaliza reiterando que 17 pacientes (85 %) apresentavam melhora clínica apreciável.

Encerramos a análise do artigo sobre a experiência clínica com fluoxetina, em 1991, destacando quatro elementos que nos pareceram fundamentais nesse texto.

Primeiro: a menção a uma nova categoria da depressão, a depressão refratária ou resistente, independente de outras subcategorias, caracterizada pela persistência do quadro depressivo por longos períodos de tempo, mesmo sob tratamento farmacológico.

Segundo: a pouca eficácia ou a ineficácia de vários grupos de antidepressivos ao longo de uma vida para resolver aquilo que na década de 1960 já se anunciava como “o problema da depressão”.

Terceiro: a responsabilidade deste estado de coisas lançada sobre os clínicos gerais, os primeiros a serem procurados pelos indivíduos que se sentem ou são julgados como deprimidos. Os médicos de atenção primária, que são os primeiros para os quais esses indivíduos chegam, sejam pelas vias dos sistemas públicos de saúde ou pelas vias dos planos privados de saúde, até porque são eles que na maioria das vezes tem o poder de encaminhar ou não para o especialista (psiquiatra), são de certa forma, considerados corresponsáveis por essas depressões resistentes, uma vez que por falta de conhecimento, receitavam doses subclínicas de antidepressivos tricíclicos ou de modo inadvertido, benzodiazepínicos.

Finalmente: em que pese esse estado de coisas, a crença de que um novo antidepressivo, com efeito seletivo na recaptação da serotonina, teria o poder de reverter esse quadro, e atuar inclusive de modo positivo sobre as depressões resistentes, fazendo o que IMAOS, Tricíclicos, Tetracíclicos não tinham conseguido, até então, fazer: resolver o problema da tristeza persistente... Continua-se defendendo a hipótese de que é só uma questão de adequar a medicação.

Tais questões encaminham o nosso texto agora para o outro lado desse discurso: até o presente momento, consideramos os medicamentos psicoativos apenas no âmbito do discurso psiquiátrico, enquanto produtos da ciência e da tecnologia farmacológica, aplicados à tentativa de controlar os afetos considerados anômalos. No entanto, não podemos deixar de lembrar que medicamentos são também mercadorias. E em se tratando de medicamentos psicoativos, situam-se

entre as mercadorias mais comercializadas em países como o Brasil, conforme destacamos na introdução deste estudo.

Sendo os medicamentos psicoativos também mercadorias, estão inseridos na lógica do mercado, do consumo. Portanto, julgamos oportuno o debate em torno dessa problemática e como ela interfere na concepção de depressão enquanto um transtorno mental a ser vencido, controlado, combatido, problematizando o medicamento como mercadoria simbólica.

4.2 PÍLULAS DA FELICIDADE, DO SONO, DA ESTABILIDADE EMOCIONAL


No livro “O medicamento como mercadoria simbólica”, (1991) Fernando Lefèvre problematiza o aspecto do medicamento como mercadoria em sociedades capitalistas industriais contemporâneas, notadamente, o caso brasileiro. Mediante uma abordagem dialética (marxista) apoiada na perspectiva semiológica aplicada à análise social.

Segundo o autor, o significado do medicamento é produzido em um sistema social e numa formação social concreta que se constituem como máquinas de produção de significados. Esses significados são construídos no contexto mais amplo de uma economia de mercado que tende a mercantilizar, a transformar em mercadoria tudo o que concerne à existência humana. Segundo os preceitos da semiótica, dos arranjos a partir dos quais as coisas são transformadas em mercadorias emanam mensagens, produtos simbólicos. As mercadorias, portanto, podem ser considerados símbolos mediante os quais são circunscritos discursos, neste caso, discursos sobre saúde e doença.⁴⁰¹

Isso não significa que o medicamento é só uma mercadoria, mas que ele é construído também como uma mercadoria, assim como qualquer outra. No entanto, no processo de sua constituição enquanto mercadoria, como símbolo a partir do qual são evocadas ideias abstratas, valores como a saúde e a doença, atuam dois fatores primordiais. A saúde aparece como uma necessidade e o medicamento, como a satisfação dessa necessidade (mercadoria).

⁴⁰¹ LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.p. 30.

Na mensagem publicitária a seguir, que antecede um dos artigos sobre depressão por nós estudados ao longo da terceira parte da tese, essa ideia de necessidade do medicamento como símbolo de saúde e esta como uma necessidade pode ser percebida. Notemos que o anúncio que publiciza Nardil, um antidepressivo derivado da fenelzina, da classe dos IMAOS, mostra uma ilustração com diferentes tipos de pessoas, de diferentes classes sociais, gêneros, idades e profissões. Logo abaixo, a mensagem, informando que dentre 40 pessoas que todos os dias procuravam os médicos, metade delas tinha problemas emocionais e pelo menos metade destas “necessitavam” (a palavra é exatamente essa) de um “anti-depressivo”:



Entre **40** pacientes diários
pelo menos **20** têm problemas emocionais
e pelo menos **10** necessitam de um
anti-depressivo*

★ Coates, I. H. "Early and Occult Depressions: Their importance in General Practice", *E.A.M.V.A.*, 14958, Novembro de 1969.

Nardil
SULFATO DIHIDROGENADO DE FENELZINA

WARNER CHILCOTT
Laboratories, Div. MORRIS PLAINS - N.J. - U.S.A.

Tensão e ansiedade, fadiga, desânimo, que não respondem a tranqüilizantes, podem ser sintomas de uma depressão oculta...
NARDIL tem provado sua eficácia em tais casos.
Apresentação: Vidros com 50 drágeas.

Literaturas e Amostras
LABORATÓRIOS WARNER LTDA. - C. Postal, 649 - Rio

(Fonte: A FOLHA MÉDICA. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol54, n. 4, abril de 1967, p. 454).

Para se criar o hábito do consumo é preciso criar uma necessidade. Para que as pessoas acreditem que elas precisam de um antidepressivo é preciso que elas

acreditem que a instabilidade emocional está fora delas, é algo exterior a elas, algo que lhes falta. Para que isso se realize, a saúde (no caso desse anúncio, relacionada à estabilidade emocional) precisa ser veiculada, difundida, como algo exterior ao indivíduo. Esse processo pelo qual algo é exteriorizado, colocado numa posição exterior ao homem perpassa, segundo Lefèvre, os conceitos marxistas de alienação e reificação. A reificação corresponde à transcendência do produto feito pelos homens em relação a eles mesmos, processo que o separa do produto de seu trabalho gerando a alienação do social⁴⁰².

A saúde – e, no nosso caso, a saúde mental - nesse processo, passa a ser veiculada como algo exterior ao homem, algo que ele não tem, e que para possuir, precisa adquirir certos produtos (medicamentos, uma dieta saudável, uma consulta com um nutricionista...). É nesse sentido, em que a saúde é reificada, colocada como algo exterior ao indivíduo, que ele se torna uma necessidade e o medicamento, uma mercadoria: algo que pode vir a suprir, satisfazer essa necessidade.⁴⁰³

No extremo oposto da saúde, está a doença. O conceito de doença, nessas sociedades, é difundido como algo a ser evitado, controlado, eliminado: estratégia para se vender a necessidade da saúde e o medicamento como mercadoria. No entanto, como aponta o autor, para se vender a necessidade de saúde como uma mercadoria é necessário expandir o grau de carência de saúde, é necessário criar essa necessidade. Esse conceito torna-se plástico, indefinido, sempre em expansão, de modo que a saúde perfeita torna-se cada vez mais difícil de ser atingida, uma utopia, conforme destaca Lucien Sfez⁴⁰⁴, enquanto o número de doenças não param de aumentar, assim como o desenvolvimento e a produção de medicamentos pela indústria farmacêutica.

Para se entender adequadamente o processo de reificação e alienação relacionados à mercantilização da saúde se faz prudente traduzi-los para o léxico da Saúde Pública, no qual se observa, segundo o autor, uma “...hipertrofia da dimensão orgânica da saúde em detrimento de suas dimensões não orgânicas”.⁴⁰⁵

⁴⁰² Ibid., p. 37.

⁴⁰³ Ibid., p. 38-39.

⁴⁰⁴ SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita** – críticas de uma nova utopia. Tradução de Fernanda Oliveira. Lisboa: Instituto Piaget, 1995. (Coleção Epistemologia e Sociedade).

⁴⁰⁵ LEFÈVRE, Fernando. Op.Cit., p. 42.

Esse processo é tanto mais eficaz quanto menos parecer como tal, ou seja: sua eficácia relaciona-se ao fato de tanto a saúde quanto a doença parecerem como fatos orgânicos, naturais. Mas nem um, nem outro, numa sociedade capitalista contemporânea, são naturais, e sim, construídos como tal. E continua: “ E esta aparência é grandemente reforçada na medida em que todo o investimento da tecnologia, chamada de ‘saúde’, crescentemente sofisticada, tem seu *locus* [grifo no original] de manifestação nesse mesmo nível orgânico (incluído aí o mental)”.⁴⁰⁶

Tanto saúde quanto doença são transmutadas, traduzidas em necessidades (dor, febre, insônia, desânimo) concretas para as quais correspondem necessidades satisfeitas (alívio da dor, baixar a febre, uma noite de sono tranquila, ânimo para trabalhar) que, por sua vez, são associadas às mercadorias – medicamentos. Acreditamos que o uso de metáforas e alegorias, relacionadas no imaginário popular à tranquilidade, calma, estabilidade, equilíbrio e veiculada nas revistas médicas de especialidades múltiplas ao longo das décadas de 1960 e 1970 pode ter ajudado a construir a necessidade da administração dos psicoativos, por exemplo.

Observemos a mensagem a seguir, publicada na revista “A Folha Médica” em 1964. Notemos a economia de palavras no texto publicitário, que se restringe a uma frase de impacto: “Cessa a turbulência”, reforçada pela imagem de duas baquetas em repouso sobre um instrumento de percussão e em letras grandes e negritadas o nome do medicamento: “Dominal”, um neuroplégico, psico-sedativo, conforme anunciado. O que o anúncio não veicula é que se tratava de um tranquilizante maior, com efeitos sedativos intensos no sistema nervoso central. Mas a mensagem transmitida é a de um recurso farmacológico que ajuda a cessar as tribulações psíquicas:

⁴⁰⁶ Ibid., p. 43.



No contexto de uma sociedade industrial e de uma economia de mercado, as necessidades são criadas, inculcadas, cultivadas, ampliadas mediante estratégias - ideológicas, políticas, econômicas - relacionadas ao complexo médico-industrial e suas práticas institucionais⁴⁰⁷.

Essas necessidades só existem porque foram criadas, porque o sistema as necessita. Essas necessidades, induzidas, produzem nos indivíduos – de diferentes formas – o estado de necessidade, gerando o estado de satisfação mediante a aquisição do produto. Criam-se doenças, fomentando novas necessidades de intervenção do saber médico. Dentre as formas dessa intervenção encontra-se a medicamentosa, que, nesse contexto, adquire, além de suas outras conotações (o fato de ser um produto químico, resultado de pesquisa científica) a conotação de uma mercadoria associada à satisfação de uma necessidade específica.

O que impera é o predomínio de uma determinada visão de saúde orgânica e esta, como ausência de doença. No entanto, tanto essa saúde parece cada vez mais difícil de ser alcançada quanto a possibilidade de ser, de alguma forma, doente, torna-se cada vez mais extensa à maioria das pessoas. Dentre os elementos

⁴⁰⁷ CORDEIRO, Hésio. **A indústria de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. P. 23.

causadores das doenças e geradores da necessidade de saúde, mensagens publicitárias e artigos médicos das décadas de 1960, 1970 e 1980 mencionam a agitação da vida moderna, o stress situacional que abala os grandes executivos, a ansiedade e a insônia como juros cobrados pela modernidade e seus benefícios. Da mesma forma, muitos dos artigos por nós analisados partem dessas reflexões.

Colocando-se as coisas deste modo, tem-se que é praticamente impossível mexer, alterar os fatores que provocam as doenças – afinal, segundo essa visão positivista de ciência, não há como reverter o “progresso” - então, a intervenção das mercadorias da saúde se dá sobre as consequências: medica-se o cérebro para que, nas sinapses, a recaptação da serotonina se dê em menor grau e, assim, a substância permanecendo por mais tempo entre um neurotransmissor e outro, possa gerar a sensação de felicidade e conforto mental perdida em virtude das preocupações da vida moderna – um trabalho exaustivo, uma dupla jornada, um casamento infeliz, a tristeza pela perda de um ente querido de forma abrupta e violenta... - .

As doenças – inclusive as “instabilidades emocionais”, os sofrimentos psíquicos transformados em doenças - são entendidas como disfunções orgânicas. Estas associadas às contradições da vida moderna e agitada nas grandes cidades, aos múltiplos e complexos papéis. Isso não é possível alterar, logo, a intervenção se dá no sentido de restituir a saúde – orgânica – do indivíduo, satisfazendo suas necessidades – de sono, de alimentação (vide vitaminas), de calma ou de ânimo, mediante o consumo de saúde sob as mais diferentes formas, entre elas, os medicamentos.

É um paradoxo, afirma Lefèvre: o mesmo sistema que gera doenças vende mercadorias contra as doenças.⁴⁰⁸ Vitaminas em ampolas, sono em gotas, alegria em pílulas... Deixa-se de lado a causalidade social das doenças (se é que de fato todos os processos sob os quais a intervenção medicamentosa opera podem ser assim chamados) e atua-se somente em suas consequências (elemento paliativo).

Outro fator agravante: a saúde (ou uma determinada concepção de saúde como ausência de perturbações orgânicas) acaba extrapolando o âmbito de sua atuação orgânica, funcional, específica, e se imponto sobre todas as demais aspirações humanas, tornando-se a grande aspiração humana, o somatório de todas

⁴⁰⁸ Ibid., p. 46.

as necessidades humanas, como se não fosse possível existir sem “saúde”. Lembrando, apenas, que esse conceito é cada vez mais plástico, indefinido, infrateórico, distendido, a intervenção também se torna sem limites: ter um nariz de determinado tipo é considerado saúde; ter tantas horas de sono por dia é considerado saudável; ora o ovo faz bem a saúde, ora não faz; ora as dietas precisam controlar a ingestão de proteína ora de carboidratos; ser feliz, animado, falar com desembaraço é considerado desejável, logo, a tristeza, quando muito prolongada, é perigosa, tida como doença e passível de ser medicada...

A saúde passa a ser entendida, no contexto dessas sociedades capitalistas industriais contemporâneas (e esse é o caso do Brasil) como o que produz saúde e nesse processo, a constelação de mercadorias produtoras de saúde não tem limite⁴⁰⁹: qual o limite da saúde perfeita? Segundo Lucien Sfez, essa é a forma contemporânea de utopia e é próprio da utopia o indefinido, o não lugar.⁴¹⁰ As mercadorias da saúde, incluindo-se aí os medicamentos, vistos enquanto produtores de saúde passam a simbolizar a própria saúde, a representá-la.

Em relação ao uso social e corrente do medicamento, o autor destaca três pontos de vista: do produto, do médico e do paciente. Sendo que em relação a este último, há que se considerar também como interage com vizinhos, parentes, amigos, conhecidos, colegas de trabalho que podem influenciá-lo do tipo: “eu não conseguia dormir há um mês. Aí fui ao posto e o médico receitou medicamento X. Agora durmo melhor. A receita que ele dá, uma vez a cada três meses, dá pra comprar quatro caixas do produto. Eu te dou umas pílulas para você ver como funciona. E te indico o médico também, se você quiser.” (relato fictício baseado em observações empíricas).

A saúde como objeto de reificação foi reduzida à sua dimensão orgânica e um dos fatores que mais influenciou nesse processo foi o medicamento, que é, em si mesmo, antes de atuar como uma mercadoria simbólica, um produto tecnológico, um produto da ciência e, como tal, tem esse aspecto de ser um produto de pesquisas e estudos relacionados à, de alguma forma, conter o avanço de doenças provocadas por fatores endógenos e exógenos que tendem a desequilibrar o organismo humano pondo em risco a nossa existência sobre a terra.

⁴⁰⁹ Ibid., p. 49.

⁴¹⁰ SFEZ, Lucien. Op. Cit., p. 32.

Portanto, como produto tecnológico, o medicamento tem esse lado, essa conotação de produto científico, de estudo. No entanto, questões sociais mais gerais – relacionadas à mercantilização de tudo o que diz respeito à existência, presentes em sociedades capitalistas contemporâneas e questões mais internas, vinculadas à função simbólica atribuída aos medicamentos e à reificação da saúde - propiciam que o medicamento, enquanto mercadoria, seja vendido como algo que pode resolver um estado mau (o estado de necessidade) e conduzir a um estado bom (o estado de satisfação) afirmando-se como uma mercadoria cujo consumo traz a saúde, a saúde orgânica, sobretudo. Dessa forma, o medicamento é transformado não somente em mercadoria, mas numa mercadoria simbólica, uma vez que passa a simbolizar a saúde.⁴¹¹

De um ponto de vista semiótico, um signo não é apenas algo dotado de sentido, mas algo que produz sentido também. O medicamento como mercadoria e esta como símbolo da saúde torna-se não apenas objeto de sentido mas sujeito de sentido quando, por meio de mensagens publicitárias, por exemplo, associa-se determinado medicamento com uma noite de sono, ou com um casamento mais feliz, ou ainda, com um dia de trabalho mais produtivo, com uma disposição maior para os desafios do dia-a-dia, etc. Valendo-se das reflexões de Pierce, Lefèvre afirma: “ Ou mais precisamente, o medicamento é um simbolizante que aparece como permitindo, ao ser consumido, a realização ou materialização de um simbolizado: a Saúde”.⁴¹²

A mercadoria, e o medicamento como mercadoria, tem uma face material – trata-se de um composto químico. Mas o seu consumo permite a realização de uma face imaterial ou abstrata dessa mercadoria: é relacionada à saúde. As pessoas, ao consumirem um ansiolítico, não se dizem comprando um benzodiazepínico de última geração, mas uma noite de sono tranquila ou mais tolerância diante das situações estressantes do dia-a-dia. A saúde é vendida, assim, em pequenos e práticos recipientes, sob a forma de gotas, pílulas, ampolas... O medicamento seria, numa visão pierciana, o simbolizante (o recipiente) pois é o concreto, o material, o absorvível, o palpável. Já o simbolizado seria o elemento abstrato, o conteúdo associado a esse simbolizante: a saúde, em suas múltiplas formas.⁴¹³

⁴¹¹ LEFÈVRE, Fernando. Op. Cit., p. 52.

⁴¹² Ibid., p. 53.

⁴¹³ Ibid., p. 54.

É essa reflexão que permite Lefèvre afirmar que o medicamento tem a conotação de uma mercadoria simbólica. A saúde transformou-se em algo à venda, em mercadoria, e um dos seus maiores simbolizantes é o medicamento. A ideia de saúde reificada e materializada sob a forma de xaropes, comprimidos... Importante ainda destacar que embora o símbolo mercadoria associado ao medicamento seja consumido, nem sempre é comunicado.

O ato de consumir um medicamento acarreta, ao mesmo tempo, o acatamento de uma determinada ideia de saúde e as promessas embutidas nessa representação. A saúde, como um valor abstrato, se atualiza e se concretiza, portanto, sob a forma de uma mercadoria, o medicamento. Este se torna, sob o viés da mercadoria, algo que representa a saúde, e ainda mais, que é colocado em tal relação com o representado que é tomado por ele, como se fosse ele. É o conceito de *representamen*, de Pierce.⁴¹⁴

Ainda levando em consideração a semiologia de Pierce, o medicamento é apontado, por Lefèvre, também como Ícone na medida em que é, ainda, química (contém em si algo material que lembra a coisa, que é a coisa também) e é usado como símbolo dela (simboliza a coisa representada).

Transpondo essa interpretação para a nossa análise, podemos afirmar, por exemplo, que os antidepressivos, funcionam, ao mesmo tempo, como símbolo icônico do humor alegre, pois enquanto entidade química contém em si, também, a química que supostamente falta no cérebro para equilibrar os neurotransmissores. Esses medicamentos, portanto, são coisas químicas, assim como a saúde do humor, reduzida a sua conotação química. E essa coisa química (o antidepressivo) é ícone (na medida em que é como esta coisa, a química do cérebro, que contém a similaridade com a coisa representada) e ao mesmo tempo, usada como símbolo dela (o antidepressivo como a fórmula química do bem estar, da alegria, do humor estável): “A pessoa que não dorme naturalmente, dorme com um medicamento; logo, o medicamento contém, numa certa medida, o sono na sua fórmula, ou a fórmula do sono. Ou dito de outro modo, o sonífero é o sono equacionado quimicamente; ou ainda, o sonífero é a expressão concreta da resolução tecnológica

⁴¹⁴ Ibid., p. 56.

do sono.”⁴¹⁵ E, acrescentando, segundo nossa percepção, o antidepressivo se tornou a expressão concreta da resolução tecnológica da tristeza...

O medicamento enquanto ícone significa também que enquanto prótese química da química que falta no organismo torna-se imitação (ícone) enquanto contém pedaços condensados da vida orgânica. É o similar, é o análogo à química que falta para a saúde do organismo preenchendo uma espécie de “vazio químico”, um ícone, que sob um ângulo metafórico funcionaria, simbolicamente, quase que como uma prótese química. Vide o exemplo do carbonato de lítio. Seu uso como composto para o tratamento da mania é associado à função tireoideana. A composição medicamentosa à base de carbonato de lítio é administrada como um complemento químico àquilo que o organismo, em tese, não produziria de modo eficiente ou suficiente.

O medicamento como um complemento tecnológico à “máquina humana”, uma visão icônica que se afirma cada vez mais à medida que o ser humano, reduzido ao seu aspecto mecânico, é tratado e concebido como uma máquina, como destaca Olgária Matos:

A sociedade de consumo é, também, a sociedade tecnológica, e é a tecnologia, mais que a mercadoria, o que questiona radicalmente as concepções tradicionais, humanistas, acerca da subjetividade e do humano: a nova concepção nos leva a repensar a ‘alma’ humana. Dada a promiscuidade entre o homem e a máquina, onde termina o humano, onde começa a máquina? ⁴¹⁶

A saúde corresponde ao perfeito funcionamento dessa máquina e o medicamento representando a ciência tecnológica que permite esse bom funcionamento. Os medicamentos, enquanto mercadorias, são anunciados como realizações quase que imediatas de um desejo de saúde, uma eficácia simbólica, obviamente, a ser experimentada numa temporalidade mínima, quase zero: “pronto alívio”, “alívio imediato”, “rápida absorção”, “ação rápida, eficaz e segura”.

Manifestam-se, ainda, como fetiches inorgânicos para os quais milhões de pessoas canalizam seu desejo, visto que no contexto do capitalismo contemporâneo, qualquer coisa pode ser “elevada” à condição de fetiche, prossegue Matos:

⁴¹⁵ Ibid., p. 59.

⁴¹⁶ MATOS, Olgária C. F. **Benjaminianas: cultura capitalista e fetichismo contemporâneo**. São Paulo: UNESP, 2010. P. 94.

A consideração mais marcante com respeito ao fetichismo, porém, é sua arbitrariedade. Diferentemente do ídolo, que pode significar a imagem de um ser divino, o fetichismo não o refigura nem o reproduz: dá-se imediatamente como coisa e, em sua universalidade abstrata, prescinde de qualquer forma determinada. O fetichismo opõe-se à idolatria, solidária esta de um sensualismo ético-estético (...). Quanto ao fetichismo ele assinala o triunfo do artificial, e qualquer coisa pode se tornar um fetiche: uma pedra, um tom de voz, um perfume, uma palavra, uma cor.⁴¹⁷

Viver, em sociedades capitalistas contemporâneas, é um desafio constante. Um ininterrupto cumprimento de tarefas, um constante desempenhar de funções, de papéis. É preciso trabalhar, estudar, relacionar-se, fazer sexo, ter família, adquirir bens, trabalhar para pagar por esses bens, adquirir mais bens e serviços, ir à festas, parecer feliz, simpático, bem disposto, saudável... A reprodução, tanto física quanto social, são exigências constantes. Assim como o alimento é encarado como a mercadoria que supre a exigência diária de reprodução física, os medicamentos e demais produtos relacionados à saúde são entendidos como as mercadorias disponíveis para manter a máquina funcionando, executando suas tarefas. Uma enxaqueca, uma lombalgia, uma dor de estômago ou mesmo um luto persistente podem colocar o indivíduo fora dessa dinâmica. Os medicamentos retroalimentam esse sistema, permitindo, de forma rápida, mais ou menos acessível à maioria, do pronto restabelecimento das tarefas.

Saúde torna-se sinônimo da capacidade de cumprir tarefas, executar papéis. Estar doente: marginalização social, uma vez que não “há vida fora do palco.”⁴¹⁸ O medicamento é concebido simbolicamente como a mercadoria que abrevia as morbidades que levam à interrupção da execução das tarefas. Estar inválido, incapacitado para o trabalho e também não apto para consumir e gerar mercadorias: não é um estado suportável para a maioria das pessoas por um período longo de tempo, afinal, o não cumprimento do papel traz a ameaça da substituição (uma vez que cada um é apenas mais uma peça).

Portanto, Lefèvre acha legítimo evocar o pensamento de Michel Foucault sobre a microfísica do poder ao afirmar que, no campo da saúde, o medicamento atua como um componente dentre os vários micro e variados instrumentos de

⁴¹⁷ Ibid., p. 92-93.

⁴¹⁸ LEFÈVRE, Fernando. Op.Cit., p. 72.

controle social, um controle difuso, que permite o funcionamento das coisas de acordo com as normas, com a normalidade.

É como se o medicamento fosse capaz de realizar uma economia simbólica da temporalidade demorada da saúde...

No entanto, a esse conceito de saúde, puramente orgânico, entendido como oposto da doença, contrapomos outro. Uma visão outra de saúde exige uma nova dimensão da doença e consequentemente, da vida.

4.3 DIFERENÇA OU DOENÇA? A DEPRESSÃO COMO SAÚDE

Segundo o Dictionnaire de Medicine de Littré e Robin, citado por Goerges Canguilhem, normal relaciona-se ao que é regular, ao que é conforme a regra. Já no Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie de Lalande, citado pelo mesmo autor, norma significa esquadro, logo, normal é o que não pende nem para a direita nem para a esquerda, conservando-se no justo meio. Daí desprende-se que o que se encontra na maioria dos casos, o que corresponde à média de algo que pode ser mensurável é por isso, tido como normal. Normal como média, patológico como o que se desvia da norma. Na medicina, o normal é comumente associado ao estado habitual dos órgãos, a cura, seria restabelecer esse estado.⁴¹⁹

Mas e em relação à mente? Ao longo da história do pensamento ocidental sobre o tema do normal psíquico, entre os filósofos do período clássico e helenístico, como vimos, o desejável também era o meio termo, o equilíbrio. Demócrito definia a eutímia como um ânimo equilibrado, nem tomado pela excessiva tristeza, nem assaltado pela alegria descontrolada. No século XVIII, com a institucionalização da psiquiatria e a captura dos fenômenos patológicos da mente, Pinel defendia que devolver o doente mental à normalidade, curá-lo, era fazer vir à tona a razão que subsistia apesar da loucura. Era o alienista que definia esse padrão de normalidade, esse justo meio, ele representava a razão, enquanto o paciente, a loucura. A partir dos argumentos morelianos e, sobretudo, a partir de Kraepelin, no final do século XIX, entre o normal e o patológico passa a existir uma variada gama de transições. E seriam sobre essas transições, encaradas como anomalias, também, que a

⁴¹⁹ CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978. P. 95.

psiquiatria estenderia sua ingerência, no sentido de evitar o desenvolvimento de degenerescências mentais futuras.

Mas, anomalia e anormalidade, são a mesma coisa? O anormal é, necessariamente, patológico, ou tão somente, diferente? Se assim puder ser considerado, qual seria a função da intervenção psicofarmacológica? Brometos, barbitúricos, antidepressivos, ansiolíticos, neurolépticos, teriam a função de restituir o indivíduo à normalidade em relação a ele mesmo ou aos outros? Restituí-lo ao meio termo, à justa medida, nem muito alegre, nem muito triste, sem falar sozinho, sem se isolar, sem agredir, sem viver num mundo à parte, eis o que se pretendia e se pretende? O interesse é a cura? Mas como curar alguém que não está doente? Se pensarmos o “anormal psíquico” não como doente, mas tão somente como diferente, fica o questionamento: é contra a doença ou contra a diferença que a psicofarmacologia luta? Se é contra a diferença, é diferença em relação à qual padrão? Por quem determinado? Por que incomoda?

Anomalia vem do grego e significa desigualdade, aspereza. *Omalos*: o que é regular, liso, uniforme. *An-omalos*: o que é irregular, áspero, desigual. Anormal não é um adjetivo de anomalia. Segundo Canguilhem, entre o final do século XIX e a segunda metade do século XX, no pensamento ocidental, anormal tornou-se um conceito descritivo, enquanto anomalia tornou-se um conceito normativo.⁴²⁰

Cientistas do século XIX empregaram o termo anomalia para designar animais que, por seus caracteres insólitos, encontravam-se afastados da série, tendo relações muito afastadas de parentesco com os demais da sua espécie. No entanto, segundo Geoffroy Saint Hilaire seria incoerente falar de tais animais como um capricho ou irregularidade da natureza. Podem ser consideradas exceções às leis dos naturalistas mas não às leis da natureza visto que “... são o que devem ser.”⁴²¹ Apresentam variedade na unidade e unidade na variedade. Diversidade, segundo essa interpretação, não é doença e o anormal não é o patológico.

Ainda em relação aos conceitos de norma e média, destaca Canguilhem que se deveria abandonar a tentativa de querer reduzir a norma à média e reconhecer a normatividade original da vida: as normas constituem as condições dentro das quais a vida é possível. E sendo a vida polaridade dinâmica, a anomalia pode ser entendida como o esforço de um organismo, de um indivíduo, de um psiquismo para

⁴²⁰ Ibid., p. 101.

⁴²¹ Geoffroy Saint Hilaire apud CANGUILHEM, Georges. Op.Cit., p. 102.

adaptar-se ao seu contexto, fato que pode torná-lo diferente em relação aos demais, mas perfeitamente normal em relação à si próprio.

Em matéria de normas biológicas é o indivíduo em relação a si mesmo que deve ser tomado como parâmetro e não em relação aos demais. Pode ser que o indivíduo encontre-se em sua condição, ainda que anômala, à altura das circunstâncias do meio que lhe é próprio. As condições orgânicas e psíquicas, que, para um indivíduo, seriam inadequadas, para outro são possíveis. O normal, nesse caso, também é relativo ao indivíduo e ao meio em que está inserido. O normal não tem a rigidez de um mesmo determinado para todos os indivíduos da mesma espécie.

É nesse sentido que a concepção de doença, e, sobretudo, de doença mental, adquire um novo sentido. Para Canguilhem, o conceito de doença precisa ser revisto quando pensamos que a vida é polaridade dinâmica. Se em relação a essa polaridade só existem dois extremos – vida e morte – o que seria a doença? Menos uma variação da saúde e mais uma nova dimensão da vida porque se constituiu, de certa forma, tanto enquanto privação como reformulação. A privação de algumas possibilidades de vida, em virtude de um novo contexto, de uma nova situação – mais limitada, desconhecida – impõe novos desafios, adaptações. Portanto, é possível pensar a doença não como impossibilidade, como morte, mas como desordem, situação em que há a substituição de uma ordem conhecida, esperada, por outra com a qual se tem que conviver, adaptar. E isso é saúde! Algo que só a sentimos quando estamos doentes.

Se doença é uma espécie de norma biológica, não se pode denominar o estado patológico de anormal, pelo menos não em absoluto. Pode ser apenas considerado anormal em relação a uma determinada situação, um determinado contexto. Por exemplo, em relação a um contexto social permeado por relações de mercado, em que se vende a ideia de satisfação e felicidade constantemente, permanecer triste e abatido por muito tempo pode ser considerado uma anomalia, mas será uma patologia?

Saúde é antes de tudo a capacidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo e de criar novas normas diante de situações novas, tolerando infrações à norma habitual e desenvolvendo outras. O anormal pode ser assim

considerado em um determinado contexto, mas não em outro. Logo, é sempre relativo.⁴²²

Ainda segundo Canguilhem: “A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio.”⁴²³ Esse meio é feito de leis definidas por teóricos, mas a vida não é um movimento retilíneo, ela ignora a linearidade e a rigidez dessas leis. É sobretudo experiência, provação. Ao contrário, a doença seria uma redução da margem de tolerância em relação às infidelidades do meio. É por isso que, segundo Canguilhem, o homem só se sente em boa saúde quando se sente ainda mais do que o normal, não apenas adaptado às exigências do meio, mas capaz de instituir novas normas em relação a ele, novas normas de vida. E isso ocorre muitas vezes na doença. É necessário olhar para além do corpo para definir, julgar o que é normal e o que é patológico em relação a esse mesmo corpo.⁴²⁴

Em relação às anomalias psíquicas: são patologias ou diferentes modos de ser psíquicos vinculados às formas de os indivíduos responderem ao meio em que estão inseridos? São diferentes, mas são doentes? Doentes tendo como parâmetro quem? Uma média estatística, definida por teóricos em laboratórios ou em relação a eles próprios?

Vendo sob esse prisma, a depressão pode ser concebida como esforço do psiquismo no sentido de sua readequação, reformulação às infidelidades do meio, é, portanto, saúde, ainda que assim não pareça para a maioria. Mas na medida em que esse processo é estancado com substâncias químicas, por ser considerado anômalo, patológico, ele é interrompido e as defesas necessárias ao enfrentamento desse contexto são desarmadas e o indivíduo depressivo, momentaneamente abafado em sua tristeza, continua sem defesas perante os desafios postos pelo contexto. Os antidepressivos, portanto, não curam. Não podem curar quem não está doente.

Sendo a depressão entendida como uma reação do psiquismo a um determinado contexto – tal qual afirmaram os artigos por nós analisados - pode ela ainda assim ser considerada uma doença passível de ser mantida sob controle, estancada, contida? Não seria, antes de tudo, uma expressão de saúde dos

⁴²² Ibid., p. 149.

⁴²³ Ibid., p. 159.

⁴²⁴ Ibid., p. 162.

indivíduos, uma forma de reação, de resistência? Uma forma de vida outra, um outro modo do sujeito apoderar-se de si? E talvez por isso, um perigo?

4.4 A DEPRESSÃO COMO PRESENTIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA

Embora muitos dos artigos por nós estudados reconhecessem a influência do paradoxo da modernidade como fator considerável no desenvolvimento de distonias psíquicas nos indivíduos, a grande maioria deles, conforme atestamos, defende que a intervenção, mediante conhecimento científico-químico, deveria ocorrer no cérebro das pessoas, de fora para dentro, mediada pelo saber (e pelo poder) psiquiátrico.

Um artigo, no entanto, apresentou argumentos um pouco diferentes, e foi justamente o mais antigo artigo sobre antidepressivos escrito por um psiquiatra brasileiro por nós pesquisado, o que não significa, em hipótese nenhuma, que tenha sido o primeiro artigo escrito sobre o tema no Brasil.

No artigo em questão, notamos uma preocupação em historicizar o conceito de Psicose Maníaco-Depressiva, por vezes nominando o quadro com o nome de ciclotimia. Além disso, o autor questiona uma etiologia unicamente biológica como responsável por esta afecção, tecendo reflexões de cunho ético-filosófico, sobre o quanto a aceleração da vida decorrente da urbanização e do desenvolvimento industrial e tecnológico podem ter contribuído para o acirramento e o aumento dos casos de depressão, mania e Psicose Maníaco-Depressiva.

Trata-se do psiquiatra brasileiro José Alves Garcia⁴²⁵, em artigo intitulado: “Uma doença em vias de transição. Psicose maníaco-depressiva”, publicado no “Jornal Brasileiro de Psiquiatria” em 1957.⁴²⁶ Segundo o autor, desde fins da década de 1940, o número de pessoas diagnosticadas com depressão e também ciclotimia tinha aumentado significativamente no Ocidente europeu e também no Brasil e tenta entender os fatores associados a esse processo.

Para isso, sintetiza duas das hipóteses correntes entre os afeitos a uma compreensão biológica dessa afecção mental: primeiro, a que relaciona as modificações nos modos da vida civilizada - que ocorreram em profusão na primeira metade do século XX – e sua relação com alterações nas funções orgânicas e,

⁴²⁵ José Alves Garcia, psiquiatra fluminense, especialista em psiquiatria forense.

⁴²⁶ GARCIA, J. Alves. Uma doença em vias de transição. Psicose maníaco-depressiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 6, N.1, 1957. P 5-22.

consequentemente, a exteriorização de algumas doenças.⁴²⁷ Como exemplo menciona os estudos de médicos europeus que avaliaram grupos de mulheres na faixa dos 12 aos 50 anos e diagnosticaram que a puberdade estava iniciando aos 12 anos e não mais aos 14, como ocorria um século atrás; do mesmo modo, a menopausa se dava cada vez mais tardiamente.⁴²⁸ No entanto, segundo Garcia, essas pesquisas não conseguiam comprovar, nada que pudesse explicar as mutações da exteriorização clínica da ciclotimia.

A segunda hipótese posta em questão pelo autor é de que teria ocorrido uma purificação, uma sofisticação ou ainda, uma maior precisão dos diagnósticos de ciclotimia o que explicaria o seu aumento expressivo. Mas rejeita igualmente essa hipótese, pois, se assim fosse, declara, afecções que antes se manifestavam como exaltações do humor, de origem tóxico-infecciosa por exemplo, não integrariam mais o quadro da mania, desaparecendo das estatísticas modernas. Enquanto outras, antes não consideradas como externalizações de um quadro melancólico, passavam agora (década de 1950) a integrá-lo.

Podia-se também levantar o fato de que o diagnóstico de psicoses e neuroses reacionais (resultantes de causas externas) passou por um processo de depuração, tornando-se mais preciso, sofisticado.⁴²⁹ Excluindo-se esse tipo de depressão, chamada reativa ou situacional, ficou a Psicose Maníaco-Depressiva autêntica, caracterizada por desvios endócrinos autonômicos, oriundos de anomalias ou disritmias dos centros diencefálicos, sendo suas fases (mania ou melancolia) teoricamente independentes de fatores externos. Segundo essa hipótese, a PMD seria um processo endócrino, cíclico e sua cura não dependeria de fatores externos, o que explica a defesa veemente de determinados psiquiatras em prol do tratamento eletroconvulsoterápico como o mais eficaz e de mais alta eficiência, tanto para a fase melancólica quanto para a fase maníaca (afinal, se a causa é interna o tratamento deveria ser interno também).

No entanto, afirma Garcia, o diagnóstico sobre o tipo de depressão (endógena, reacional, involutiva) pode ser difícil quando na ocasião do primeiro ataque, o que pode inviabilizar a tese de que o tratamento por ECT seria o mais eficaz em casos de PMD: e se não fosse esse o tipo de depressão? Para ancorar

⁴²⁷ Ibid., p. 14.

⁴²⁸ Id.

⁴²⁹ Ibid., p. 14-15.

sua problemática, menciona os estudos de Lewiss que confessou ser difícil identificar em pelo menos seis casos, a natureza da melancolia (se climatérica, de fundo metabólico, involucional ou tardia ou reativa).⁴³⁰

Na sequência, adverte que *nenhuma depressão ou mania poderia ser totalmente endógena* pois sempre há que se considerar - numa alusão não declarada à Freud - que antes de sua manifestação há um estímulo de origem emocional, relacionado ao encontro de obstáculos à satisfação do ego, vivendo o indivíduo uma inibição deprimente no plano vital, psíquico e autonômico, exteriorizada por sintomas neurovegetativos. Estes são desencadeados por aqueles e não o contrário:

...Endotímicas, endógenas ou encarnadas são as depressões fundadas nos desvios vitais (...). Convém, todavia, advertir que nenhuma depressão (ou mania) poderia ser totalmente endógena, *espontânea* [grifos no original]. Isto seria inconcebível, pois a ideia de ciclos ou períodos vitais implica na de fatores cósmicos capazes de os iniciar ou sustentar. Ciclotímicas, reacionais ou existenciais são as depressões fundadas nos sofrimentos da existência, nas vivências que despertam respostas anômalas ou anormais, mas compreensíveis, ou que têm um nexo intuível com os eventos exteriores. Distônicas são as distímias vividas mais no plano da corporalidade. (...) depressões hipocondríacas orgânicas (...) aquelas que se ligam aos desvios dos centros reguladores, diencefálicos, ou autonômicos (...). Podemos dizer que tôdas as vezes que a execução de um instinto se faz naturalmente, corresponde-lhe uma emoção dinamogênia, capaz de gerar a estimulação e a euforia. Sempre que o estímulo encontra obstáculo, indivíduo vive a emoção inibogênica, deprimente no plano vital, autonômico e psíquico. *É portanto explicável que a insatisfação dos instintos se exteriorize por sintomas psicopatológicos, neurovegetativos ou psicossomáticos* [grifos do autor].⁴³¹

Ainda segundo o autor, as radicais mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas ocorridas nas primeiras décadas do século XX tinham modificado sobremaneira o modo de viver, tornando a existência um esforço contínuo, um compromisso cada vez mais difícil de ser realizado, um processo intermitente de frustrações acumuladas, demandando constantemente, novas estratégias de superação e adaptação:

⁴³⁰ Ibid., p. 15.

⁴³¹ Ibid., p. 18-19.

Ora, as condições sociais e culturais sofreram radical subversão nestas cinco últimas décadas. Até há um século, a vida fluía num doce e tranqüilo mundo, raramente sobressaltado por acidentes naturais ou por guerras de significação local e de pequena duração. Agora, a organização social ou estatal é um paradigma de coerção, de sistemas inibidores da satisfação natural dos designios humanos. Outrora, se o triunfo pessoal não estava assegurado a todos, agora problemático é mesmo viver. Com os códigos, leis, limitações, competições de toda sorte, a existência tornou-se um duro compromisso; cada minuto, cada momento, exige de nós um esforço inaudito de adaptação e de superação.⁴³²

Diante da nova configuração social e cultural que se deslindava, reações como o medo, a angústia, o desespero, a melancolia e a insegurança constante, em uma análise existencial, não devem ser vistas meramente como patológicas, mas como sinais de alerta diante de situações extremas, sinais de presentização da existência:

... a chamada análise existencial proporciona uma virada parcial, uma vez que se limita a considerar a faticidade humana nas situações extremas de tédio, náusea e de angústia. Existir ou *estar-no-mundo* [grifos do autor] opõe-se a qualquer conceito racional e geométrico da quotidianidade. O medo, a angústia, o desespero, o estar enfermo é que nos dão o sinal da *presentização* [grifos do autor] da existência, com o sentimento de asfixia, de inibição, de melancolia e de insegurança que caracteriza essas situações extremas.⁴³³

A depressão, segundo essa análise existencialista ensaiada por Garcia, pode ser entendida como um esforço da personalidade para se adaptar à existência.

Interessante notar que essa interpretação, em que pese o fato de ser extremamente moderna em sua época, permeada, ao que parece, por referenciais teóricos que iam do existencialismo à psicanálise, retoma e reinterpreta questões presentes no debate greco-romano antigo sobre a relação entre o indivíduo e o contexto e como isso o desequilibra internamente, com a diferença de que no pensamento de filósofos como Demócrito, Sêneca e Epicuro, cabia ao indivíduo, ao tomar consciência de sua condição, buscar recuperar o equilíbrio interno (momentaneamente suspenso) mediante uma postura diferenciada em relação ao contexto, buscando não abalar-se, bastar-se a si mesmo.

É interessante ainda notar, em relação a esse artigo, que aquilo que o saber psiquiátrico considerava como uma “noxia” emotiva – o medo, a insegurança, a ansiedade, a angústia, o desespero – é visto sob outro prisma, como sinal de alerta, reações que levam o indivíduo a aperceber-se de sua existência, questionando-a, problematizando-a, algo que se perde nos artigos da década de 1960 em que se

⁴³² Ibid., p. 19.

⁴³³ Ibid., p. 20.

buscará, a todo custo, medicalizar essas reações sob pena de evoluírem para afecções mentais. O contexto continua a ser mencionado, mas deixa de ser problematizado, o foco torna-se a intervenção sobre o cérebro para que ele se adapte e não um questionamento sobre as condições que o levam a se desestabilizar.

CONCLUSÃO

Finalizamos esta tese retomando uma bela reflexão de Walter Benjamin em texto intitulado “Experiência e pobreza”, de 1933.

Referindo-se à geração que fora castigada pela primeira guerra mundial e por suas consequências – a inflação, a humilhação – ressalta o quanto a experiência contemporânea (em sua época) havia se esfacelado. O minúsculo e frágil corpo humano, após ter passado por toda essa experiência devastadora, jogado em um mundo que já não reconhecia, parecia ter perdido o poder de amar, chorar, sentir, gaguejar. Havia emudecido.

Porque nunca houve experiências mais radicalmente desmoralizadas que a experiência estratégica pela guerra de trincheiras, a experiência econômica pela inflação, a experiência do corpo pela fome, a experiência moral pelos governantes. Uma geração que ainda fora à escola num bonde puxado por cavalos viu-se abandonada, sem teto, numa paisagem diferente em tudo, exceto nas nuvens, e em cujo centro, num campo de forças de correntes e explosões destruidoras, estava o frágil e minúsculo corpo humano¹.

Em épocas anteriores, os mais velhos relatavam suas experiências de vida aos mais jovens constituindo essa prática um tesouro repassado de uma geração à outra. Mas e esses homens que voltaram da guerra ou que tiveram que conviver com os despojos e consequências dela: o que tinham para contar? O horror da morte, da destruição, do encontro com o extremo da existência? Essa lhe fora subitamente subtraída, ainda em vida, e esse homem, voltou mais pobre em experiência.

Giorgio Agamben vai além. Segundo o filósofo italiano, a depauperação da experiência é um fenômeno que persiste, não como uma consequência traumática de uma catástrofe, mas como efeito da “pacífica” existência cotidiana em uma grande cidade. Afinal, vivemos às voltas com um estado de exceção constante. Esse homem contemporâneo, que volta à noite para casa, corpo exausto, mente extenuada por eventos maçantes ou divertidos, banais ou insólitos, atrozes ou agradáveis, e, ousamos acrescentar: soterrada por informações, atribulado por afazeres e dívidas, vislumbrando no fetiche do

¹ BENJAMIN, Walter. **Experiência e pobreza**. [S.L]: 1933. Disponível em: <https://bibliotecasocialvirtual.files.wordpress.com/2010/06/walter-benjamin-experiencia-e-pobreza.pdf>. Acesso em: 06/03/2015.

inorgânico a realização máxima do seu prazer, é também alguém desprovido de experiência.⁴³⁵

E é desse mesmo homem que vêm sendo, paulatinamente, ao longo de cinquenta anos, surrupiadas as emoções. Não consegue experienciar o sofrimento nem a alegria. Vive como um autômato, um ser funcional, que teme sentir a boca seca, o fôlego curto, uma noite sem dormir, o luto pela perda de algo ou alguém muito estimado. Controla sua tristeza, sua ansiedade, sua alegria, seu furor, minimiza sua diferença com ansiolíticos, neurolépticos, antidepressivos. Vive assim, uma vida pobre, em que pese todo o conforto oferecido pelo capitalismo, inclusive sob a forma de pílulas da felicidade, vive uma vida pobre em experiências. Acreditando-se doente, na maioria das vezes está, tão somente, triste... Ao deixar de experienciar a tristeza, já não sente mais a alegria. A vida torna-se um fardo insuportável.

No fim, voltamos ao começo deste texto: a cada quarenta segundos, em diferentes lugares do mundo, uma pessoa tira sua própria vida. Ou seja: então é isso? Diante da impossibilidade de resistir aos saberes que nos esquadriham e se apropriam da nossa existência em seus aspectos mais infinitesimais só restaria, como resistência aos dispositivos biopolíticos de governo sobre a vida, a reapropriação dessa mesma vida pelo sujeito no momento de uma morte auto-infligida?

Não se pensarmos a partir de alguns dos últimos textos de Michel Foucault, notadamente o registro de suas aulas ministradas entre os anos de 1981 e 1982 no Collège de France e reunidos em coletânea intitulada “A hermenêutica do sujeito”⁴³⁶. Nesses textos relembramos que, segundo o autor, o sujeito, construído e atravessado por inúmeros discursos que o delineiam e o constituem enquanto objeto, é multifacetado e múltiplo, mas isso não representa o fim da sua autonomia, da sua subjetividade, da sua unicidade: isso pode ser o indício do desvencilhamento para com uma dada concepção de sujeito herdada da antiga filosofia do sujeito e não do fim do sujeito. Em outras palavras, não é o sujeito que não existe mais

⁴³⁵ AGAMBEN, Giorgio. **Infância e História**. Tradução Henrique Burigo. Belo Horizonte, UFMG, 2008.

⁴³⁶ FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. Curso dado no College de France (1981-1982). Tradução Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

enquanto consistência ontológica, enquanto ser, é uma dada concepção de sujeito que agora agoniza.

Mas, esse sujeito, agora, atomizado nos diferentes saberes e práticas, percebido mediante diferentes possibilidades, como pensar sua subjetividade para além da sujeição? E, no caso deste estudo, como é possível pensar formas de resistência em um contexto permeado pela mercantilização da saúde e pela patologização crescente dos afetos (e consequentemente, pela sua captura e controle) sendo os afetos justamente alguns dos elementos que constituem a subjetividade?

Ora, primeiramente, de que sujeito estamos falando? Cabe lembrar que a noção de sujeito é historicamente construída e, portanto, pode ser desconstruída, uma vez que sua construção se dá mediante diferentes discursos, que atuam no sentido de afirmar verdades, e não de impor ideias. O poder é, portanto, afirmativo, e por isso, implica em resistência: o mesmo discurso que representa a dominação possibilita a resistência a ela, formas de assujeitamento, de possíveis subjetividades.

É nesse contexto que se vislumbra, no “último Foucault” a tese estética da existência: é na existência, no cuidado de si que o sujeito se faz enquanto subjetividade, em que pesem os discursos que o atravessam e pelos quais é constituído. Diferentes formas de subjetivação (e não sujeição), de tecnologias de si ou tecnologias do eu como estratégias de resistência, como afirma Ana Maria Burmester:

Para tanto, seria necessário uma outra posição do sujeito, uma outra posição desse sujeito, que não aquela monocórdia da ciência. Utilizar outras vozes, várias vozes, plurais e dissonantes, como nas análises de FOUCAULT referentes a Pierre Rivière ou, ainda, a Herculine Barbin. Um parricida, um hermafrodita, amos escrevem ‘estranhas’ autobiografias. Ao se deter nesses personagens, Foucault teria adotado a ‘estratégia de abalar a categoria do sujeito que tem inúmeros nomes, e entre eles, o de autor.’⁴³⁷

Dizer “sim a existência”, como afirma Margareth Rago, retomando a influência dos estudos de Nietzsche sobre Foucault: “Esse dizer sim, esse afirmar não é a aceitação passiva do instituído, não é o Sim do burro de Zaratustra, para quem

⁴³⁷ BURMESTER, Ana Maria de Oliveira. A vida como obra de arte: o sujeito como autor? . In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. (Orgs.) **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 31-32

afirmar é carregar o peso do mundo, é assumir a realidade tal qual ela é, já que ele é sensível apenas àquilo que tem sobre o lombo, àquilo a que chama de real”.⁴³⁸

Tal postura manifesta uma atitude política, como destaca o filósofo André Duarte, e não pode ser assumida sem riscos, afinal, vivemos em tempos que Giles Deleuze e outros estudiosos influenciados por Foucault caracterizam como a terceira fase do Biopoder: a sociedade de controle, contexto em que as formas de dominação já estão a tal ponto introjetadas em nosso dia-a-dia e se manifestam de uma forma tão sofisticada – valendo-se, sobretudo, da tecnologia e, no caso do nosso estudo, da tecnologia farmacológica - que não só não as percebemos como ainda nos sentimos seguros, confortados, felizes com o que fazem conosco! Diante de tal situação, fica difícil pensar em espaços de autonomia e liberdade ... Mas eles existem, estão continuamente sendo criados, sobretudo se pensarmos no sujeito como autor de si. É neste ponto que o pensamento do último Foucault se encontra com as questões colocadas pelos filósofos do período helenístico, notadamente, o estoicismo romano e o epicurismo.

Mas como é possível hodiernamente, considerando as estratégias de uma cartografia do sujeito, no contexto de uma sociedade de controle, pensar o sujeito como autor de si?

Para pensar essa possibilidade, recorremos a outra obra do pensamento foucaultiano: “O que é um autor?” e que foi publicado junto com dois outros textos “A vida dos homens infames” e “A escrita de si”. Nesses três textos uma questão geral se sobressai: a temática da relação entre o sujeito e a escrita.

Na obra “O que é um autor” Foucault discute o quanto a sociedade moderna tendeu a anular a figura do autor, daquele que produz os textos. O rigor metodológico do cientificismo positivista passou a exigir o distanciamento tanto maior quanto possível, entre o autor e sua obra, a ponto de o primeiro não deixar sinais de suas posições pessoais, sua visão de mundo implícita no texto: a obra deveria falar por si.⁴³⁹

Esse processo de anulação do autor em função do aparecimento da obra e a própria construção da obra, que não depende apenas da intenção do autor, mas de todo um rigor metodológico e da intervenção dos mecanismos de impressão,

⁴³⁸ RAGO, Margareth. Dizer sim à existência. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. (Orgs.) **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 255.

⁴³⁹ FOUCAULT, M. **O que é um autor**. Passagens. Veja: Alpiarca, 2002.

editoração e venda, aponta para a tentativa de ocultar quem fala. Isso se faz presente, sobretudo no discurso científico. A anulação do sujeito faz com que o discurso adquira “vida própria” aos olhos dos leitores, embora essa vida própria não exista efetivamente, mas apenas como uma estratégia do poder.

Essas considerações, se encaminhadas para a nossa discussão sobre o sujeito, podem ajudar a entender porque ao ser transpassado por inúmeros discursos, é também destituído da autoria de sua existência.

No entanto, se considerarmos o outro texto presente na coletânea “A vida dos homens infames” perceberemos pessoas, que desafiaram, com a escrita das suas vidas, uma determinada compreensão de normalidade vinculada pelos discursos a cerca do ser humano.

Ao explorar essas “improváveis e estranhas” autobiografias, Foucault chama a nossa atenção para o fato de que cada vida talvez possa ser escrita e lida por si mesma, e que o sujeito possa tomar as rédeas de uma escrita muito específica: a escrita da sua própria existência. Pois, ali mesmo, onde impera e incide o poder, resiste a fonte de todo o poder: a vida, uma vida.

A tristeza é perigosa e por isso é objeto do saber e do poder psiquiátrico. Na medida em que para além de todas as estratégias de medicalização permanece resistente, refratária, sua própria existência manifesta-se como uma resistência. Um modo de ser outro, um modo de ser triste, que não significa necessariamente um modo de ser doente. Talvez precisemos repensar, com Foucault, a partir de outros olhares, a tristeza. Pensá-la antes de sua apropriação pela psiquiatria, antes de sua transformação em uma patologia específica – a depressão -. Pensá-la a partir dos escritos dos filósofos e literatos antigos – Sêneca, Aristóteles, Demócrito, Epicuro...- pensa-la como melancolia, como um ensimesmar-se que é o prenúncio de um bastar-se a si mesmo, do viver segundo suas próprias forças, de uma ataraxia que não é a química, mas fruto de um conhecimento e de um cuidado de si.

Ao permitir a tristeza em toda a sua potência o sujeito reapropria-se de si, de seus afetos, reconstrói-se, redescobre-se, permite-se vivenciar a melancolia, e sair dela mediante um movimento de dentro para fora, do conhecimento de si, dos seus afetos, redimensionando-se, resistindo às tecnologias de patologização e medicalização desses mesmos afetos, retomando as rédeas de sua existência.

E assim, experiencia a sensação de estar no comando dos seus afetos, de ser sujeito enquanto autor de sua vida, e esta, em toda a sua potência, recriada a todo momento, mediante a vivência de experiências múltiplas, que incluem a tristeza. A vida, assim, deixa de ser objeto de controle e passa a ser criação. A vida como obra de arte. Algo que se insinua desde que nos permitamos, perguntando-nos sempre: o que é isto mesmo que estamos fazendo da nossa vida? Dessa vida, única vida?

O que me surpreende é o fato de que, em nossa sociedade, a arte tenha se transformado em algo relacionado apenas a objetos e não à indivíduos ou à vida; que a arte seja algo especializado ou feita por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida? ⁴⁴⁰

⁴⁴⁰ FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética. Uma revisão do trabalho. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault**. Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 261

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, G. **Estâncias**. A palavra e o fantasma na cultura ocidental. Tradução de Selvino José Assmann. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- _____. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- _____. **Infância e História**. Tradução Henrique Burigo. Belo Horizonte, UFMG, 2008.
- APA. DSM-IV-TR – TM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelle. 4 ed. Ver. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- APA. DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução de Cláudia Dornelle. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2/014.
- ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. Antissemitismo, imperialismo, totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. Tradução de Roberto Raposo.
- BAUMER, Franklin L. **O pensamento europeu moderno**. Lisboa : Edições 70, 1977. Vol. II – Séculos XIX e XX.
- BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- BERLINCK, Manoel Tosta. **A melancolia e suas manifestações segundo a Psicopatologia Fundamental**. Projeto de pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Laboratório de Psicopatologia Fundamenta. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUC, São Paulo. Disponível em: fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/manoel_tosta_berlinck_-_a_melancolia_e_suas_manifesta%C3%A7%C3%B5es_segundo_a_psicopatologia_fundamental_-_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 18/12/2014.
- _____. **Prefácio**. Apud BURTON, Robert. **A anatomia da melancolia**. Tradução de Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFPR, 2011.(vol. 1).
- BUENO, Eduardo; IBAUM, Paula Taite. **Vendendo saúde**: a história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: ANVISA, 2008.
- BURMESTER, Ana Maria. A vida como obra de arte: o sujeito como autor? In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. (Orgs.) **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

_____. Dizer sim à existência. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. (Orgs.) **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CAIRUS, H. F; RIBEIRO Jr., W. A. **Textos hipocráticos**. O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005,p. 39-59.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados**. Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSER, Orlando. Melancolia e depressão na psicopatologia clássica. In: _____. **Depressão: clínica, crítica e ética**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DONATELLI, Marisa Carneiro de Oliveira Franco. Descartes e os médicos. **Scientle Studia**. Vol 1, N.3,2003, p.323-336.

DUARTE, André. **Vidas em Risco**. Crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault. São Paulo: Forense Universitária, 2010.

DWORKIN, Ronald D. **Felicidade artificial**. O lado negro da nova classe feliz. Tradução de Paulo Anthero S. Barbosa. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Tradução de Analia C. Torres. Porto: Afrontamento, 1975.

FACCHINETTI, Cristiana; MUÑOZ, Felipe Neves. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciências e Saúde -Manguinhos*. V. 20, N. 1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2013. (Dossiê Brasil-Alemanha – Relações Médico-Científicas). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702013000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 16/07/14.

FIGUEIREDO, Anna Cristina Camargo M. **Liberdade é uma calça velha, azul e desbotada**: publicidade, cultura de consumo e comportamento político no Brasil (1954-1964). São Paulo: Hucitec, 1998.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade**. A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

_____. **O que é um autor**. Passagens. Veja: Alpiarca, 2002.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. Curso dado no Collège de France (1981-1982). Tradução Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006

_____. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **As palavras e as coisas**. Uma arqueologia das ciências humanas. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Prefácio, p. XX-XXI).

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. Sobre a genealogia da ética. Uma revisão do trabalho. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault**. Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FROTA, Leopoldo Hugo. **50 anos de medicamentos antipsicóticos em psiquiatria**. [S.L: s.n]. PDF. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/cursos/LH%20FROTA%20-%201%20Ed%20-%2050%20ANOS%20DE%20MEDICAMENTOS%20ANTIPsicOTICOS.pdf>. Acesso em: 15/01/2015).

GARCIA, Rafael. Cresce influência da indústria sobre manual de psiquiatria. Folha de São Paulo, São Paulo, 31/03/2014. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1069893-cresce-influencia-da-industria-sobre-manual-de-psiquiatria.shtml>. Acesso em: 12/12/2014.

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: UNESP, 1991.

GOMBRICH, E.H. **Arte e ilusão**. Um estudo da psicologia da representação pictórica. Tradução de Raul de Sá Barbosa. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

HERMAN, Arthur. **A ideia de decadência na história ocidental**. Tradução de Cyntia Azevedo e Paulo Soares. Rio de Janeiro – São Paulo: Record, 1999. P. 115.

JOLY, Martine. **Introdução à análise da imagem**. Tradução de Marina Appenzeller. 6 ed. São Paulo: Papirus, 1996.

JUCÁ, Vlória. A cura em saúde mental: história e perspectivas atuais. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nadia Maria Weber. (Org.). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDFU, 2010. P. 307-330.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEITE, Priscilla Gontijo. O riso como expressão de um posicionamento na cidade: o encontro de Demócrito e Hipócrates. **Nuntios Antiquus**. Belo Horizonte, n. 3, agosto de 2009. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/nuntius/data1/arquivos/003.10-Priscilla121-135.pdf>.

LEMO, Antônio A. Briquet de. Infra-estrutura da literatura biomédica: considerações acerca de um núcleo de revistas brasileiras do setor saúde. **Educación médica y Salud**, [S.L], v.15, n.4, p.406-423, 1981.

LIMA, Aluísio Ferreira de; et. al. O Diagnóstico de depressão nas cinco edições do DSM: A Hipertrofia da dimensão orgânica em detrimento dos aspectos psicossociais. **Revista da Faculdade de Santo Agostinho**, Teresina, v. 12. N. 1, p. 182-199, jan./fev., 2015. p. 184. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/741/420> . Acesso em: 20/01/2014.

LÓPEZ-MUÑOZ, F. Alamo. La “década de oro” de La psicofarmacología (1950-1960): transcendência histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. **Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000** Conferencia 34-CI-C: Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_c.htm. Acesso em: 12 de outubro de 2013.

LUZ, Madel. **Medicina e ordem política brasileira**. Políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça**: médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas: UNICAMP, 1994.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Fiocruz, Rio de Janeiro, Vol. 10, n, 2, Mai/Agost. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 13/01/2014.

MATOS, Olgária C. F. **Benjaminianas**: cultura capitalista e fetichismo contemporâneo. São Paulo: UNESP, 2010.

MILLS, Sara. **Michel Foucault**. London: Routledge, 2003.

MOURA, Clóvis. **A dinâmica político-ideológica do racismo no novo contexto internacional**. Fundação Seade, 1994, p. 68. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v08n03/v08n03_10.pdf. Acesso em: 18/07/14.

O GLOBO. Saúde. Confira a lista dos 10 medicamentos mais vendidos do país. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/confira-lista-dos-10-medicamentos-mais-vendidos-do-pais-7338894>. Acesso em: 12/12/2014.

OMS. **Prévention du suicide**. Disponível em: Acesso em: 12/12/2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/.

OMS. **Questions-réponses sur le suicide**. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/24/fr/>. Acesso em: 12/12/2014.

PELBART, Peter Pal. **Morte e vida em um contexto de dominação biopolítica**. Conferência proferida no dia 3 de outubro de 2008 no Ciclo "O Fundamentalismo Contemporâneo em Questão", organizado pelo Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/pelbartdominacaobiopolitica.pdf>. Acesso em: 17/07/14.

_____. **Vida capital**. Ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Griesinger e as bases da “primeira psiquiatria biológica”. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. V. 10. N.4, São Paulo, Dez.2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400010.

Acesso em: 17/07/2014.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 2001.

MONDUCCI, David. **Thomas Willis e o de Anima Brutorum**: uma análise da concepção de alma humana e animal. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Universidade São Judas Tadeu. São Paulo: 2010.

PETRONE, Maria S. T. **O imigrante e a pequena propriedade**. São Paulo: Brasiliense, 1984. P. 42. (Coleção “Tudo é História”).

PICCININI, Walmor. História da Psiquiatria. Voando sobre a História da Psiquiatria III. **Psychiatr on line Brasil**. Vol. 5, N.9, Outubro de 2000. Disponível em: Acesso em: 12/01/2015.

PINHEIRO, Paulo Sérgio. O proletariado industrial e a classe operária. In: _____. **Política e trabalho no Brasil**: dos anos 20 a 1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. P. 82-103.

_____. O proletariado industrial na primeira república. In: FAUSTO, Boris. **O Brasil republicano**. Sociedades e instituições. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990. (História Geral da Civilização Brasileira – Tomo III).

PINTO, Virgílio Noya. Balanço das transformações econômicas no século XIX. In: MOTA, Carlos Guilherme. (Org.). **Brasil em perspectiva**. 20 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

PORTOCARRERO, Vera. Da doença mental à anormalidade. In: _____. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade história da psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. (Loucura e Civilização).

_____. Juliano Moreira e a metamorfose da psiquiatria brasileira. Conceito. **Revista de Filosofia e Ciência do Homem**. Loucura e Desrazão. N. 1, Outono de 2005. Disponível

em: http://www.pgfil.uerj.br/pdf/publicacoes/portocarrero/portocarrero_03.pdf. Acesso em: 18/07/2014.

PRIORE, Mary Del; VENANCIO, Renato. **Uma breve história do Brasil**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2010.

QUEVEDO, João; SILVA, Antonio Geraldo da. (Org.) **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RADDEN, Jennifer. **Is this dame melancholy?** Equating today's depression and past melancholy. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. V. 10, Number 1, March. 2003.

RAGO, Margareth Luiza. **Do lar ao cabaré: a utopia da cidade disciplinar: Brasil(1890-1930)**. 2º ed. Rio de Janeiro, 1985.

REBOLLO, Regina Andrés. Galeno de Pérgamo (129-200 D.C.): A saúde da alma depende da saúde do corpo. **I Simpósio Internacional de Estudos Antigos/IV Seminário Internacional Archai**. A Saúde do homem e da cidade na Antiguidade Greco-Romana. Parque Natural do Caraça (MG), 2007.

_____. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientia Studia**. São Paulo, v. 4, n. 1, p 45-86, 2006.

REZENDE, Joffre M. de. **À sombra do plátano**. São Paulo: UNIFESP, 2009. Disponível em: <http://www.jmrezende.com.br/humores.htm>. Acesso em: 06/07/14.

RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. Ano 9, n. 3, Set./2006. p. 460-483. Disponível em: http://fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume09/n3/classificando_as_pessoas_e_suas_perturbacoes_a_revolucao_terminologica_do_dsm_iii.pdf. Acesso em: 19/01/2015).

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.447-473.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**. Mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 1993.

SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita – críticas de uma nova utopia**. Tradução de Fernanda Oliveira. Lisboa: Instituto Piaget,1995. (Coleção Epistemologia e Sociedade).

SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico**. Corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SILVA, Bruna Moraes da. Thymós e psykhé nas obras homéricas. **Núcleo de estudos da antiguidade**. I Congresso internacional de religião mito e magia no mundo antigo & IX fórum de debates em história antiga 2010. Rio de Janeiro, UFRJ, 2010, p. 57-67.

SOARES, Márcia de Macedo. Apud VARELLA, Drauzio. Eletrochoque/Eletroconvulsoterapia. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/eletrochoque-eletroconvulsoterapia/>.

Acesso em: 20/01/2015).

SONENREICH, Carol; Estevão, Giordano; ALTENFELDER FILHO, Luis de Moraes. Depressões. In: _____. **Psiquiatria**: propostas, notas, comentários. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. As ideias eugênicas no Brasil: ciência, raça e projeto nacional no entre-guerras. **História em reflexão**. Revista eletrônica de História. Dourados, UFGD, vol 6, n. 11, jan/jun. 2012. P. 2. Disponível em: <http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/viewFile/1877/1041>. Acesso em: 01/02/2015.

_____. Em nome da raça: a propaganda eugênica e as idéias de Renato Kehl nos anos 1910 e 1920. **Revista de História Regional**. Ponta Grossa, Vol. 11, N.(2), p. 29-70, 2006.

STONE, Michael H. **A cura da mente**. A história da psiquiatria da antiguidade até o presente. Tradução de: Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 1999.

TEIXEIRA, Marcos. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual, na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**. Assis, Vol 4, N. 1, 2005.

VENANCIO, Ana Teresa A. História da política assistencial à doença mental (1941-1956): O caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. **Anais do XXIV Simpósio Nacional de História** – ANPUH. Unisinos, São Leopoldo, 2007. Disponível em: <http://snh2007.anpuh.org/resources/content/anais/Ana%20Teresa%20Venancio.pdf>. Acesso em: 07/01/2015.

_____. Os alienados segundo Henrique Roxo: ciência psiquiátrica no Brasil no início do século XX. **Culturas Psi**. 2012, Volume O. [online]. Disponível em: http://www.culturaspsi.org/Revistas/volumen_0/6.pdf. Acesso em: 16/07/2014.

VENDA DE ANTIDEPRESSIVOS CRESCE NO BRASIL. www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=958093&tit=Venda-de-antidepressivos-no-Brasil-cresce-448-em-4-a. Acesso em: 12/08/2012.

WADI, Yonissa Marmitt; BORGES, Viviane Borges. História da loucura, da psiquiatria e das instituições de assistência. Simpósio Temático (Resumo). **XXVII Simpósio Nacional de História. Lugares dos historiadores:** velhos e novos desafios. ANPUH. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/simposio/view?ID_SIMPOSIO=2112. Acesso em: 05/02/14.

FONTES

ARAUJO, Deusdedit. Ambulatórios de psiquiatria e higiene mental. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**. Ano 1958, Vol. VII, N. 2, p. 151-172.

ARISTÓTELES. O problema XXX. Primeira parte. Tradução e notas de Elisabete Thamer. **Ousia Phases**. Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ. Disponível em: http://www.ifcs.ufrj.br/~fsantoro/ousia/traducao_problema30.htm. Acesso em: 18/12/2014.

ARRUDA, Elso. et.al. A iproniazida em Psiquiatria. **O Hospital**. Rio de Janeiro, V.56, n.2, p. agosto de 1959, p. 66-81.

AZEVEDO, Aluísio de. **O cortiço**. Erechim: Edelbra, [199-].

BUENO, J. Romildo. Tratamento farmacológico de depressões resistentes: emprego da fluoxetina como terapêutica associada ou de substituição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 1991, Vol.. 40, n. 3. P.133-136.

BUENO, José Romildo; PICCININI, Walmor. História da psiquiatria – José Caruso Madalena (1916-2010). **Psyquiatry on line**. Vol. 19, novembro de 2010. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/wal0111.php>. Acesso em: 10/12/2014.

BURTON, Robert. **A anatomia da melancolia**. Tradução de Guilherme Gontijo Flores e prefácio de Manoel Tosta Berlinck. Curitiba: Editora da UFPR, 2010. (Vol. 1)

CAMPOS, João de Souza et. al. Estudo duplo-cego comparativo entre amoxapine e imipramina no tratamento da depressão. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 2, agosto de 1977, p. 153-159.

CAMPOS, João de Souza; José Anchieta C. Delgado. A amoxapina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 1, julho de 1978. P. 87-90.

CAVALCANTI, Wander B. Observação clínica de um nôvo tranqüilo-relaxante derivado das benzodiazepinas. **A folha médica**, Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 59, n. 2, Ago.1969, p; 189-194.

CIPARRONE, José Eduardo M. Tratamento da neurose de ansiedade com um novo ansiolítico, o Clozabam. Resultados de um estudo clínico duplo-cego. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 4, Outubro de 1977. p.483-487.

COSTEIRA, Osíris; PESSOA, Miguel F. Farmacologia geral e reavaliação clínica de um novo grupo ansiolítico (SK&F 14.336 – Clomacran). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72, n. 3, março de 1976, p. 317-328.

DELAY, Jean. **A psicofisiologia** humana. Tradução de Maria Manuela de Mendonça. Coimbra: Livraria Almedina, 1973.

DEMÓCRITO. **Do bom ânimo**. In: PRÉ-SOCRÁTICOS. São Paulo: Nova Cultural, 1996, p. 22. (Os Pensadores).

DOMINGUES, Octávio. **Eugenia**: seus propósitos, suas bases, seus meios. (Em cinco lições). São Paulo: Nacional, 1933.

ELECANTOL. **Compêndio Médico**. 15 ed. São Paulo: Andrei Editora S.A., 1974.

EPICURO, LUCRÉCIO, CÍCERO, SÊNECA, MARCO AURÉLIO. **Antologia de textos**. Traduções e notas de Agostinho da Silva ... [et al.] ; estudos introdutórios de E. Joyau e G. Ribbeck. 3. ed. São Paulo : Abril Cultural, 1985. P. 9. (Os pensadores)

FERRAZ, Luiz M. **Eugenia e casamento**: problema de medicina social. These apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Cadeira de Pathologia Geral. Porto Alegre: Officinas Graphics da Livraria Montenegrina, 1928.

FERREIRA, Ivo. Medida da ação ansiolítica: análise das escalas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 71, n. 1, julho de 1975, p. 93-96.

FIGUEIREDO FILHO, Cesar; et. al. Experimentação clínica com o clorazepato dipotássico no tratamento da síndrome ansiosa. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 68, n. 1, janeiro de 1974, p.103-105.

GARCIA, J. Alves. Uma doença em vias de transição. Psicose maníaco-depressiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol. 6, N.1, 1957. p 5-22.

GARCIA, J. Alves; ALMEIDA, Felisberto J. B. de. Ensaio terapêutico com butriptilina de ação prolongada em depressões leves ou moderadas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.77, n. 3, setembro de 1978, p. 339-340.

GOMIDE, Carlos Henrique de Andrada. Avaliação clínica do F/D- 1-25 (Sulpiride-Bromazepam) em cardiologiaia em pacientes portadores de ansiedade e depressão. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 77, n. 2, agosto de 1978, p. 131-139.

GRABOWSKI, J.R. Tratamento das depressões endógenas e neuróticas pela doxepina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol 59, n. 1, p. 75-81.

_____. Observações preliminares com uma nova combinação psicotrópica antidepressiva – o Ro 4-6270. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.53, n.4, Outubro de 1966, p.667-678.

GRIESINGER, W. **Mental Pathology and Therapeutics**. Translated from the german (second edition) by C. Lockhart Robertson and James Rutherford. London: Teh New Sydenham,1867.

_____. **Traité sur lapathologie et la thérapeutique des maladies mentales**. Paris: A. Delahaye Libraire-Éditeur, 1873.

GUDE, Jaime. Contribuição espontânea ao estudo de um neuroestabilizador da menopausa (insidon). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.51, n. 5, novembro de 1965, p. 414-421.

HAENNY, Raphael. Considerações farmacológicas sôbre nova associação medicamentosa – tioridazina + barbitúricos (Sandoxal). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 44, n. 2, Fevereiro de 1962, p. 115-117.

HAMILTON, Max. A rating scale from depression. **J. Neurol. Neurosurg. Psyquiat**. Londres,Vol. 23, n. 56, 1960. p.56-62.

_____. The Assessment of Anxiety States by Rating. **British Journal of Medical Psychology**. Vol. 32, 1959, p. 50-55.

HIPÓCRATES. **Da natureza do homem**. Apud. CAIRUS, H. F; RIBEIRO Jr., W. A. **Textos hipocráticos**. O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HÜBNER, Carlos von Krakauer, et. al. Escala de depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/259/207>. Acesso em: 27/01/15.

KARNIOL, I.G. Efeitos colaterais nos neurolépticos no sistema nervoso central. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 3, setembro de 1977, p. 379-383.

KRAEPELIN, Emil. **A loucura maníaco-depressiva**. Tradução de Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

_____. Manic-depressive and Paranoia. Translated by R. Mary Barclay, M.A.M.B. Edinburg: E. & S Livingstone 17 Teviot Place, 1921.

LESSA, L.M., et. al. Um modelo possível de pesquisa ansiolítica em função do lorazepam (Wy-4036). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 66, n. 2, fevereiro de 1973, p. 379-389.

LESSA, Luís M. Progressos da psicofarmacologia: visão atual do ponto de vista clínico. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 64, n. 2, fevereiro de 1972, p. 471-489.

LIMA, M.B.C. et al. A utilização do tacital (CIBA 30'803-Ba) em pacientes de clínica médica. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 62, n. 1, janeiro de 1971, p. 89-102.

LINARDI, L.M. Contribuição ao estudo de um novo psicotrópico (Oxazepam WY-3498) como coadjuvante em psicoterapia. **A Folha Médica**. 1966; 53 (6): 949-56.

LOPES, J. Leme; CARVALHO NETO, E. Pesquisa multicêntrica com um tranqüilizante: tacital. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 70, n. 4, abril de 1975, p. 371-375.

LOPEZ, E. Mira Y. **Psiquiatria básica**. Tradução de Joubert T. Barbosa. Rio de Janeiro: Guanabara, 1949.

MADALENA, J. C. ; FRANCHIN, E.A. Avaliação clínica dos efeitos do clobazam. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 75, n. 3, 1977, p. 351-354.

MADALENA, José Caruso. A psicofarmacologia na terapêutica psiquiátrica. Ensaio de um confronto entre a quimioterapia e os métodos biológicos pelos períodos de remissão de esquizofrênicos re-hospitalizados. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 2, n. 1, janeiro de 1966. P. 31-38.

_____. O 'Approach' reflexológico da ação das drogas psicotrópicas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 63, n. 2, agosto de 1971. p.221-228.

_____. Antidepressivos: conceito, tipos químicos, efeitos terapêuticos e efeitos colaterais. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 58, n. 1, p.65-70, Janeiro de 1969.

_____. A psicofarmacologia na terapêutica psiquiátrica. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 52, n. 1, janeiro de 1966, p.31-38.

_____. Ensaios preliminares com nova substância antidepressiva – a thiazenona (SQ 10.496). **A folha Médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 55, n. 4, outubro de 1967, p.647-657.

_____. O uso do cloridrato de flufenazina em pequenas doses nos estados de tensão e ansiedade. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 52, N.3. 1966, p. 181-194.

_____. Observações preliminares com uma nova combinação psicotrópica antidepressiva – o Ro 4-6270. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.53, n. 4, outubro de 1966, p. 667-678.

MARROCO, Paulo; GRALHA, Winston. Ensaio clínico com um novo psicofármaco: primozide (R 6238). III – Aspectos psicodinâmicos com um novo neuroléptico. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 63, n. 3, dezembro de 1971. p.905-912.

MARTINS, F.B. Os medicamentos ansiolíticos em medicina psicossomática. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol, 67, n. 4, outubro de 1973, p. 703-720.

MATTOS, Darcy Moraes de. **Exame pré-nupcial**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. Cadeira de Hygiene. Rio de Janeiro: 1929.

MOREL, Auguste Benedict. **Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine et des Causes qui Produisent ces Variétés Maladives**. Paris: J.B. Bailliere, 1857.

MUNDIM, F. D.; MELO, J.H. Ribeiro de. A amoxapina na depressão vital e depressão mascarada. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 82, n. 6, junho de 1981. p.679-682.

OMS. **La dépression**. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>. Acesso em: 12/12/2014.

PAIM, Isaías. Aspectos fenomenológicos da depressão. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 54, n. 4, abril de 1967, p. 455-461.

PAPROCKI, Jorge; PEIXOTO, Maria P. Barcala. Double-blind, between effect of maprotiline in comparison with imipramine. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 68, n. 6. Julho de 1974, 611-618.

PAPROCKY, Jorge. Comparative study of a combination of a benzodiazepine with an antidepressive agent and each of the two drugs. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 73, n1, julho de 1971, p. 117-138.

PATRÍCIO, A.F. Tratamento de estados depressivos com amoxapina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 80, n. 1, janeiro de 1980, p. 97-100.

PEIXOTO, Afrânio. **Elementos de medicina legal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves e Cia, 1914.

PEREIRA, J.L.C; et.al. Nossa experiência com a monocloroimipramina nos estados depressivos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.58, n. 4, abril de 1969, p. 581-590.

PINEL, Philippe. **Compendio de la nosografia filosófica del Dr. Pinel**. Madrid: 1829.

_____. **Nosografia filosófica o aplicación del método analítico á la medicina**. Madrid: 1803, p. 17. V. 2.

PSEUDO-HIPPOCRATE. **Sur le rire et la folie**. Préface, traduction et notes d'Yves Hersant. Paris: Rivages poche, 1991.

PUPPO, Paulo Pinto. Acidentes encefálicos da convulsoterapia. **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1943.

RIBEIRO, René. Ensaio da Associação PicROTOXINA-Pentametenotetrazol na Convulsoterapia. **Revista de Neurobiologia**, Recife, Vol. 4, n.4 1941.

ROQUETTE-PINTO, Edgar. **Ensaio de antropologia brasileira**. 3. ed. São Paulo: ROXO, Henrique Belfort Roxo. **Manual de Psiquiatria**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1946.

SÁ, João Marques de. Considerações sobre a convulsoterapia na Assistência a Psicopatas de Pernambuco. **Revista de Neurobiologia**, Recife, Vol. 4, N. 4, 1940.

SÊNECA. **Da tranquilidade da alma**. Tradução de Lúcia Sá Rabello e Ellen Itanajara Neves Vranas. Porto Alegre: L&PM, 2009.

SILVA, Samuel Dutra da. **O casamento e a prole**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia. Cadeira de Hygiene. Bahia: Typographia do Salvador – Cathedral, 1915. P.23-25.

SILVEIRA, M.A.B. Antidepressant's second generation: Fluoxetine. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, Vol. 47, n. 10, 1990.

SOARES, Paulo F.B; et. al. The use of fluoxetine in depression. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Vol. 11, n. 2, 1991.

SOUZA, Agnaldo. Cloridrato de doxepina em ansiedade. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 62, n. 4, abril de 1971. p.505-509. P. 105-106.

SOUZA, Fábio de. Farmacologia e espectro de ação clínico-psiquiátrica dos novos neurolépticos dibenzodiazepínicos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol.75, n. 1, p.65-72, Julho de 1977.

_____. Ingresso de um novo membro (WY-4036) na série 1,4 – benzodiazepínica – (I – atualização psicofarmacológica). **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, vol. 64, n. 4, abril de 1972, p. 859-881.

_____. Alguns aspectos da atual psicofarmacoterapia antidepressiva. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 74, n. 4, abril de 1977, p. 443-457.

_____. Cotejo entre os resultados clínicos observados com a Convulsoterapia elétrica e a provocada pelo Cardiazol. **Anais do Instituto de Psiquiatria**, 1943.

TACITUS. **Annals**. [S.L]: The Loeb Classical Library, 1937. Disponível em: http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E/Roman/Texts/Tacitus/Annals/15C*.html.

Acesso em: 21/04/15.

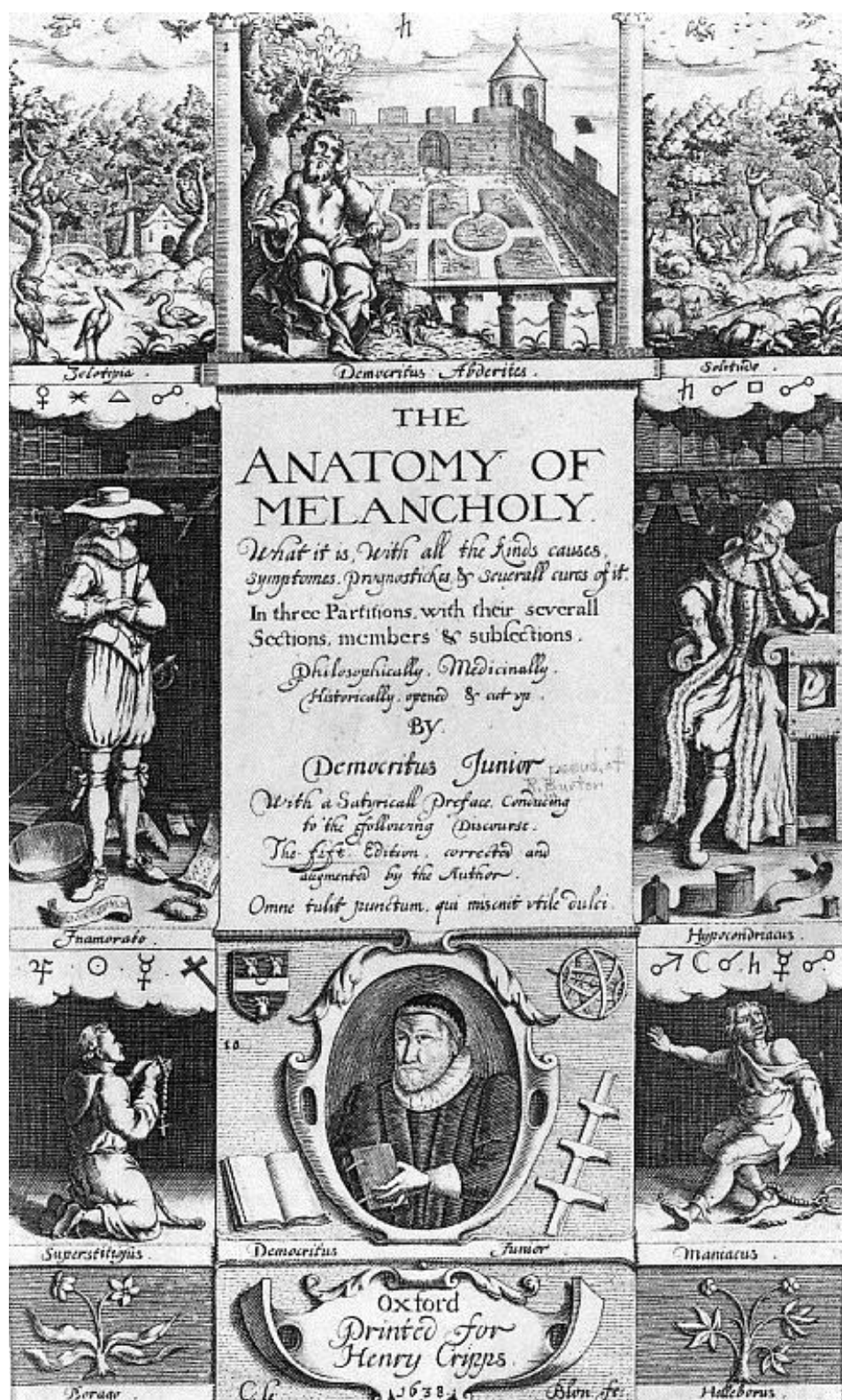
TRALDI, Sérgio. Medida da ação antidepressiva: análise de escalas. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Científica, Vol. 71, n. 1, julho de 1975, p.97-100.

_____. Pesquisa multicêntrica com um antidepressivo: maprotilina. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 72. N. 5, maio de 1976, p.561-566.

VERSIANI, Márcio. Tratamento medicamentoso das depressões. **A folha médica**. Rio de Janeiro, Cidade Editora Científica, Vol. 82, Supl. 1, 1981. P 327-332.

ANEXOS

**ANEXO I – FRONTISPÍCIO DA OBRA “A ANATOMIA DA MELANCOLIA”
ROBERT BURTON, EDIÇÃO DE 1638**



ANEXO II

**ARTIGOS SOBRE O EMPREGO DE PSICOFÁRMACOS PARA O TRATAMENTO
DE DEPRESSÃO, ESQUIZOFRENIA, TENSÃO E ANSIEDADE, PUBLICADOS EM
PERIÓDICOS NACIONAIS, ENTRE 1960 E 1970.**

Artigos sobre o emprego de psicofármacos para o tratamento de depressão, esquizofrenia, tensão e ansiedade, publicados em periódicos nacionais, entre 1960 e 1970. Fonte de pesquisa: <http://www.biblioserver.com/walpicci/>.

AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	Periódico	ANO/ Nº	VOL/
CAMPOS, J.S.	Um novo agente inibidor da monoaminoxidase	Jornal Brasileiro da Psiquiatria	1960	
ARRUDA, E.	Depressão e seu tratamento pelo Tofranil e aminas despertadoras	Acta de Psiquiatria	1960	
ARRUDA, E.	A Clordiazepóxida em psiquiatria	O Hospital	1961, V. 60, N.5	
LEME LOPES, J.	Os estados depressivos em clientela	Bol. Acad. Nac.de Medicina	1961; V. 133, N. 3.	
MADALENA, J.C	Ensaio clínico com um novo antidepressivo: MK-230 (amitriptyline).	O Hospital	1961, V.59, N. 367.	
MADALENA, J.C	Observações com o ester-dimetilamino-etílico do ácido para-cloro-fenoxi-acético (WIN-9212A) em psiquiatria.	O Hospital.	1961, V. 60, N. 339.	
MADALENA, J.C	Observações com o ester-dimetilamino-etílico do ácido para-cloro-fenoxi-acético (WIN-9212A) em psiquiatria.	O Hospital.	1961, V. 60, N.275.	
MADALENA, J.C	O emprego do Clorprotixeno (RO 4-0403) na psicose maníaco-depressiva	O Hospital.	1962, V. 61, N.381.	
MADALENA, J.C	Um novo neuroléptico não fenotiazínico:1-{2-(5,6-dimetoxi-2-metil-3-indolil) etil}-4-fenil-piperazina. (Observações preliminares).	O Hospital	1962, V. 62, N.1051.	
HAENNY, R,	Considerações farmacológicas sobre nova associação medicamentosa tioridazina + barbitúricos (Sandoxal)	A Folha Médica	1962, V. 44, N.2	
MADALENA, J.C.	O emprego de um neuroléptico butirofenônico (haloperidol) nas psicoses agudas e crônicas.	Revista AMB	1963, V.9.	
MADALENA, J.C.	A trifluoperazina na esquizofrenia crônica	O Hospital	1963, V.63, N.2	
MADALENA, J.C.	A flufenazina na esquizofrenia crônica	O Hospital	1963, V.64 (2)	
MADALENA, J.C.	O conceito psicofarmacológico e a terapêutica neuroléptica do delírio.	Revista Paulista de Medicina	1963, N.4.	
MADALENA,	RO- 4-818. 0 - Novo	Jornal	1963, N.4	

J.C	benzodiazepínico. Seu ensaio na neurose e na epilepsia.	Brasileiro de Psiquiatria	
CAMPOS, J.S	O tactaram em psiquiatria	O Hospital	1964, V.66, N.6
GARCIA, J.A.; MADALENA, J.C; et.al.	Efeitos de um novo derivado fenotiazínico de ação prolongada (enantato de flufenazina).	Revista de Psiquiatria.	1964, V.3, N.6
MADALENA, J.C.	Avaliação de um novo derivado benzoquinolizídico, o RO 4-6451 (tetrabenazina), na esquizofrenia.	A Folha Médica	1964, V.60, No.4
MADALENA, J.C.	O tratamento da ansiedade neurótica por um novo derivado benzodiazepínico, o RO 4-8180.	Revista de Psiquiatria	1964, V.5, N.20.
MADALENA, J.C	O tratamento dos estados depressivos. O emprêgo da tranilcipromina na quimioterapia antidepressiva.	Revista Brasileira de Saúde Mental	1964, N.8
GARCIA, J.A.; MADALENA, J.C.;LUZITANO, R.F. ; GANGEMI, G.	Efeitos de um novo derivado fenotiazínico de ação prolongada (enantato de flufenazina).	O Hospital	1965, V. 67, N.1
MADALENA, J.C	Aspectos atuais da psicofarmacologia	A Tribuna Médica	1965, V. 327.
MADALENA, J.C	Um ano de uso de R 2498 (Trifluoperidol) em pacientes esquizofrênicos crônicos externos.	O Hospital	1965, V. 68, N.2
MADALENA, J.C	. Avaliação de efeito euhípnico de dois derivados benzodiazepínicos - RO 4-5360 e RO 4-8180 -pelo método da análise seqüência	O Hospital	1965, V. 67, N.2
MADALENA, J.C; CAMPOS, J.V.	Tentativas sucessivas de suicídio com psicotrópicos; subsídios para o estudo dos efeitos de superdosagem maciça com o R-1625 (haloperido); apreciação de casos em personalidades psicopáticas.	Revista de Psiquiatria.	1965; V. 4, N.8:
MADALENA, J.C	Avaliação de efeito euhípnico de dois derivados benzodiazepínicos - RO 4-5360 e RO 4-8180 -pelo método da análise seqüencial	O Hospital	1965; V. 67, N. 2
MADALENA, J.C	A impressionante ação euhípnica do Ro 4-5360(Nitrazepam) em relação ao fenobarbital. Avaliada pelo método da análise sequencial.	O Hospital	1965, V. 67, N.2

MADALENA, J.C	A quimioterapia de ação prolongada em psiquiatria	O Hospital	1965, V. 67,
MADALENA, J.C	Avaliação clínica preliminar do RO 5-3608	A Folha Médica	1965, V.50.
MADALENA, J.C	Um novo psicotrópico anticonvulsivante - G.32.883.	O Hospital	1965, V. 67.
CABALEIRO, G.M	Sobre o 'Humor' e a percepção delirante	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	1966, V. 15, N.2.
CAMPOS, J.S.	O emprego de uma nova benzodiazepínica na clínica psiquiátrica	O Hospital	1966
MADALENA, J.C	A relação entre depleção catecolamínica e ação neuroléptica	Revista de Psiquiatria.	1966, V.5, N.10.
MADALENA, J.C	Associações psiquiátricas medicamentosas	Revista Brasileira de Psiquiatria	1966, V.22, N.9.
MADALENA, J.C	A psicofarmacologia na terapêutica psiquiátrica. Ensaio de um confronto entre a quimioterapia e os métodos biológicos pelos períodos de remissão de esquizofrênicos re-hospitalizados.	A Folha Médica	1966, V.52, N.1.
MADALENA, J.C	A quimioterapia psicossomomimética	A Tribuna Médica	1966, N.311.
MADALENA, J.C	Novo euhípico-RO 5-6901(Flurazepam); pesquisa e posologia e ensaios comparativos com o RO 4-5360	A Folha Médica	1966, V. 52, N.6.
MADALENA, J.C	O aspecto atual da investigação clínica com drogas em função da investigação farmacêutica.	A Tribuna Médica	1966, N.313.
MADALENA, J.C.	O uso do cloridrato de flufenazina em pequenas doses nos estados de tensão e ansiedade	A Folha Médica	1966, V. 52, N.3
MADALENA, J.C.	A pesquisa terapêutica com drogas psicotrópicas no Brasil.	A Folha Médica	1966, V. 53, N.1
PAPROCKI, J.	Ensaio clínicos com um novo antidepressivo indólico: Iprindol (WY-32-63).	A Folha Médica	1966, V. 53, N.3
LINARDI, L.M	Contribuição ao estudo de um novo psicotrópico (Oxazepam WY-3498) como coadjuvante em psicoterapia.	A Folha Médica	1966, V. 53, N.6
MADALENA, J.C	Novo antidepressivo: WY 3263 (Iprindol). Ensaio preliminar.	A Folha Médica	1967, V.54, N.2
MADALENA, J.C	A Quimioterapia da depressão	A Tribuna Médica.	1967, V. 6, N. 12.

MADALENA, J.C	A Quimioterapia na Psiquiatria da Comunidade. Revista de Psiquiatria	Revista de Psiquiatria	1967, V. 10, N.1
MADALENA, J.C	Conceitos psicofarmacológicos	A Tribuna Médica.	1967, N. 328.
MADALENA, J.C	Novo antidepressivo: WY 3263 (Iprindol). ensaio preliminar.	A Folha Médica	1967, V. 57, N.2
MADALENA, J.C	Ensaio clínico com as mais recentes drogas antidepressivas. Revista de Psiquiatria	Revista de Psiquiatria.	1967, V. 6, N. 12.
PAIM, I.	Aspectos fenomenológicos da depressão.	A Folha Médica	1967, V.54, N.4
MADALENA, J.C.	Observações clínicas preliminares com um novo derivado benzodiazepínico. O RO 54556 (Medazepam).	A Folha Médica	1967, V.55, N.2
MADALENA, J.C.	Ensaio preliminar com nova substância antidepressiva: a thiazenona (SQ 10496).	A Folha Médica	1967, V.55, N.4
MADALENA, J.C	A psicofarmacoterapia: seus campos de aplicação e metodologia	A Tribuna Médica	1968, N. 342
MADALENA, J.C.	Ensaio clínico com um novo antidepressivo dibenzodiazepínico. O HF 1927 (Dibenzipina)	A Folha Médica	1968, V. 56, N.6
MADALENA, J.C	Insônia: hipnóticos e euhípnicos	A Tribuna Médica	1968, N. 344
GOMES, E.F.F.	Observações e resultados clínicos no tratamento das depressões pelo G-35020 (desipramina).	A Folha Médica	1968, V. 56, N.1
PINTO, C.A.C.	WY 3263 (Iprindol) no tratamento das depressões senis.	A Folha Médica	1968, V. 57, N.1
MADALENA, J.C	Psicotrópicos: conceito, nomenclatura, classificação clínica e características gerais.	A Tribuna Médica	1968, N.336.
MADALENA, J.C	Visão atual das drogas neurolépticas (Sinopses farmacológica e clínica).	A Tribuna Médica	1968, N.338
COSTA, A. de S.	Ação terapêutica da clorimipramina (Anafranil) nos estados depressivos.	A Folha Médica	1968, V. 57, N.3
CAVALCANTI, W.B	Observações clínicas de um novo tranquilizante-relaxante derivado das benzodiazepinas.	A Folha Médica	1969, V. 59, N.2
GARCIA, J.A.	O problema terapêutico da insônia; novo butirofenônico hipno-regulador (Dipiperon).	A Folha Médica	1969, V. 58, N.6
GRABOWSKI,	Tratamento das depressões	A Folha	1969, V. 59,

J.R.	endógenas e neuróticas pela doxepina	Médica	N.1
MADALENA, J.C.	Antidepressivos: conceito, tipos químicos, efeitos colaterais.	A Folha Médica	1969, V. 58, N.1
PEREIRA, J.L.C	Nossa experiência com a monoclonoimipramina nos estados depressivos.	A Folha Médica	1969, V. 58, N.4
MADALENA, J. C.; ARAÚJO, M. B. de; MAROJA, P.R.A.; MATTOS, H. G. de	A clotiapina na esquizofrenia crônica	O Hospital	1969, V. 76, N.6.
MADALENA, J. C.; BELLO, H.	Estudo Eletroencefalográfico do R-6218 (Fluspirilene).	A Folha Médica.	1969, V.59, N.4
MADALENA, J.C.	A Psicofarmacologia soviética	A Tribuna Médica.	1969. N. 355.
MADALENA, J.C	As mais recentes aquisições quimioterápicas em psiquiatria	A Tribuna Médica.	1969. N. 356.
MADALENA, J.C	Psicofarmacologia semiológica	A Tribuna Médica.	1969. N. 353.
MADALENA, J.C	A significação da psicofarmacologia na psicoterapia da depressão	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	1969, V. 18, N. 3-4.
MADALENA, J.C	Observações preliminares com o IHB 215 nos estados depressivos-ansiosos.	O Hospital.	1969, V. 55, N.6.
BAGGIO, M.A; DIAS, V.S.	Pimozide (R 6238). Ensaio clínicos com um novo neuroléptico incisivo de ação prolongada.	Revista Brasileira de Psiquiatria	1970, V. 4, N.4
GRABOWSKI, J.R	Estudo comparativo entre as butirofenonas e o tiotixene.	Revista Brasileira de Psiquiatria	1970, V. 4, N.3
MADALENA, J.C	A técnica neuroléptica do 'balouço'	A Tribuna Médica.	1970.

ANEXO III

THE ASSESSMENT OF ANXIETY STATES BY RATING – MAX HAMILTON

1 - ANXIOUS MOOD This item covers the emotional condition of uncertainty about the future, ranging from worry, insecurity, irritability and apprehension to overpowering dread.			
	0	Absent.	<input type="checkbox"/>
	1	Doubtful whether the patient is more insecure or irritable than usual.	
	2	The patient is clearly in a state of anxiety, apprehension or irritability, which he may find difficult to control. However, the worrying still is about minor matters and thus without influence on the patient's daily life.	
	3	At times the anxiety or insecurity is more difficult to control because the worrying is about major injuries or harms which might occur in the future. Has occasionally interfered with the patient's daily life.	
	4	The feeling of dread is present so often that it markedly interferes with the patient's daily life.	
2 - TENSION This item includes inability to relax, nervousness, bodily tensions, trembling and restless fatigue.			
	0	Absent.	<input type="checkbox"/>
	1	The patient seems somewhat more nervous and tense than usual.	
	2	Patient is clearly unable to relax and is full of inner unrest, which he finds difficult to control, but it is still without influence on the patient's daily life.	
	3	The inner unrest and nervousness is so intense or frequent that it occasionally interferes with the patient's daily work.	
	4	Tensions and unrest interfere with the patient's life and work at all times.	
3 - FEARS This item includes fear of being in a crowd, of animals, of being in public places, of being alone, of traffic, of strangers, of dark etc. It is important to note whether there has been more phobic anxiety during the present episode than usual.			
	0	Absent.	<input type="checkbox"/>
	1	Doubtful whether present.	
	2	The patient experiences phobic anxiety but is able to fight it.	
	3	It is difficult to fight or overcome the phobic anxiety, which thus to some extent interferes with the patient's daily life and work.	
	4	The phobic anxiety clearly interferes with the patient's daily life and work.	
4 - INSOMNIA This item covers the patient's subjective experience of sleep duration and sleep depth during the three preceding nights. Note: Administration of hypnotics or sedatives is disregarded			
	0	Usual sleep duration and sleep depth	<input type="checkbox"/>
	1	Sleep duration is possibly or slightly reduced (e.g. due to difficulties falling asleep), but no change in sleep depth.	
	2	Sleep depth is also reduced, sleep being more superficial. Sleep as a whole is somewhat disturbed.	
	3	Sleep duration and sleep depth is markedly changed. Sleep periods total only a few hours per 24 hours.	
	4	Sleep depth is so shallow that the patient speaks of short periods of slumber or dozing, but no real sleep.	

ANEXO IV

A RATING SCALE FROM DEPRESSION – MAX HAMILTON

Patient Name: _____

Date: _____

Hamilton Rating Scale for Depression (17-items)

Instructions: For each item select the "cue" which best characterizes the patient during the past week.

1. **Depressed Mood**
(sadness, hopeless, helpless, worthless)
 - 0 Absent
 - 1 These feeling states indicated only on questioning
 - 2 These feeling states spontaneously reported verbally
 - 3 Communicates feeling states nonverbally, i.e., through facial expression, posture, voice and tendency to weep
 - 4 Patient reports VIRTUALLY ONLY these feeling states in his spontaneous verbal and nonverbal communication
2. **Feelings of Guilt**
 - 0 Absent
 - 1 Self-reproach, feels he has let people down
 - 2 Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds
 - 3 Present illness is a punishment. Delusions of guilt
 - 4 Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations
3. **Suicide**
 - 0 Absent
 - 1 Feels life is not worth living
 - 2 Wishes he were dead or any thoughts of possible death to self
 - 3 Suicide ideas or gesture
 - 4 Attempts at suicide (any serious attempt rates 4)
4. **Insomnia - Early**
 - 0 No difficulty falling asleep
 - 1 Complaints of occasional difficulty falling asleep i.e., more than ½ hour
 - 2 Complaints of nightly difficulty falling asleep
5. **Insomnia - Middle**
 - 0 No difficulty
 - 1 Patient complains of being restless and disturbed during the night
 - 2 Waking during the night – any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding)
6. **Insomnia - Late**
 - 0 No difficulty
 - 1 Waking in early hours of the morning but goes back to sleep
 - 2 Unable to fall asleep again if gets out of bed
7. **Work and Activities**
 - 0 No difficulty
 - 1 Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities; work or hobbies
 - 2 Loss of interest in activity; hobbies or work – either directly reported by patient, or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he has to push self to work or activities)
 - 3 Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity. In hospital, rate 3 if patient does not spend at least three hours a day in activities (hospital job or hobbies) exclusive of ward chores.
 - 4 Stopped working because of present illness. In hospital, rate 4 if patient engages in no activities except ward chores, or if patient fails to perform ward chores unassisted.
8. **Retardation**
(slowness of thought and speech; impaired ability to concentrate; decreased motor activity)
 - 0 Normal speech and thought
 - 1 Slight retardation at interview
 - 2 Obvious retardation at interview
 - 3 Interview difficult
 - 4 Complete stupor
9. **Agitation**
 - 0 None
 - 1 "Playing with" hand, hair, etc.
 - 2 Hand-wringing, nail-biting, biting of lips
10. **Anxiety - Psychic**
 - 0 No difficulty
 - 1 Subjective tension and irritability
 - 2 Worrying about minor matters
 - 3 Apprehensive attitude apparent in face or speech
 - 4 Fears expressed without questioning
11. **Anxiety - Somatic**
 - 0 Absent Physiological concomitants of anxiety such as:
 - 1 Mild Gastrointestinal - dry mouth, wind, indigestion,
 - 2 Moderate diarrhea, cramps, belching
 - 3 Severe Cardiovascular – palpitations, headaches
 - 4 Incapacitating Respiratory - hyperventilation, sighing
 - Urinary frequency
 - Sweating
12. **Somatic Symptoms - Gastrointestinal**
 - 0 None
 - 1 Loss of appetite but eating without staff encouragement. Heavy feelings in abdomen.
 - 2 Difficulty eating without staff urging. Requests or requires laxatives or medications for bowels or medication for G.I. symptoms.
13. **Somatic Symptoms - General**
 - 0 None
 - 1 Heaviness in limbs, back or head, backaches, headache, muscle aches, loss of energy and fatigability
 - 2 Any clear-cut symptom rates 2
14. **Genital Symptoms**
 - 0 Absent 0 Not ascertained
 - 1 Mild Symptoms such as: loss of libido,
 - 2 Severe menstrual disturbances
15. **Hypochondriasis**
 - 0 Not present
 - 1 Self-absorption (bodily)
 - 2 Preoccupation with health
 - 3 Frequent complaints, requests for help, etc.
 - 4 Hypochondriacal delusions
16. **Loss of Weight**
 - A. When Rating by History:
 - 0 No weight loss
 - 1 Probable weight loss associated with present illness
 - 2 Definite (according to patient) weight loss
 - B. On Weekly Ratings by Ward Psychiatrist, When Actual Changes are Measured:
 - 0 Less than 1 lb. weight loss in week
 - 1 Greater than 1 lb. weight loss in week
 - 2 Greater than 2 lb. weight loss in week
17. **Insight**
 - 0 Acknowledges being depressed and ill
 - 1 Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc.
 - 2 Denies being ill at all

Total Score: _____